



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Efectividad del Programa Educativo Informativo  
“Nueva Imagen” en la actitud de pacientes de cirugía  
bariátrica. Hospital Nacional E. Rebagliati Martins  
año 2018**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería con  
mención Gestión en Enfermería

**AUTOR**

Yrene Cecilia LÉVANO SANTIAGO

**ASESOR**

Mg. Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Lévano Y. Efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud de pacientes de cirugía bariátrica. Hospital Nacional E. Rebagliati Martins año 2018 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

---

## HOJADE METADATOS COMPLEMENTARIOS

CODIGO DE ORCID DEL INVESTIGADOR 0000-0003-145-7662

CODIGO DE ORCID DEL ASESOR 0000-0002-8836-8971

DNI DEL AUTOR 21815512

GRUPO DE INVESTIGACION UN SOLO AUTOR

INSTITUCION QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACION NO APLICA

UBICACIÓN GEOGRAFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACION HOSPITAL EDGARDO  
REBAGLIATI MARTINS DISTRITO DE JESUS MARIA DIRECCION DOMINGO CUETO S/N ALTURA DE LA  
AV SALAVERRY CUADRA 12 Y AV AREQUIPA CUADRA 14 COLINDANTE AL DISTRITO DE Lince.

AÑO O RANGO DE AÑOS DE LA INVESTIGACION ABARCO 1 AÑO



Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Universidad del Perú. Decana de América




Facultad de Medicina


Unidad de Posgrado  
Sección Maestría

### ACTA DE GRADO DE MAGISTER


En la ciudad de Lima, a los 16 días del mes de octubre del año dos mil diecinueve siendo la 01:00 pm, bajo la presidencia de la Mg. Edna Ramírez Miranda con la asistencia de las Profesoras: Mg. Silas Hildeliza Alvarado Rivadeneyra (Miembro), Mg. Violeta Alicia Nolberto Sifuentes (Miembro), Mg. Juana Matilde Cuba Sancho (Miembro) y la Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno (Asesora); la postulante al Grado de Magister en Enfermería con mención en Gestión en Enfermería, Bachiller en Enfermería, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO INFORMATIVO "NUEVA IMAGEN" EN LA ACTITUD DE PACIENTES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. HOSPITAL E. REBAGLIATI MARTINS AÑO 2018"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Enfermería con mención en Gestión en Enfermería. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN GESTIÓN EN ENFERMERÍA** a la postulante **YRENE CECILIA LÉVANO SANTIAGO**.


Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 02:30 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

  
Mg. Silas Hildeliza Alvarado Rivadeneyra  
Profesora Principal  
Miembro

  
Mg. Violeta Alicia Nolberto Sifuentes  
Profesora Principal  
Miembro

  
Mg. Juana Matilde Cuba Sancho  
Profesora Asociada  
Miembro

  
Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno  
Profesora Principal  
Asesora

  
Mg. Edna Ramírez Miranda  
Profesora Principal  
Presidente

**A mi madre, que desde el cielo se sentirá orgullosa de su hija por culminar una meta trazada que fue una promesa de mucho tiempo.**

**A la persona que me impulso a estudiar el Post -Grado.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi asesora de Tesis Magister Tula Margarita Espinoza Moreno, por guiarme y motivarme para la culminación de este trabajo.**

**A mi hija, mi inspiración y mi apoyo incondicional Quien me alienta siempre en cada meta que me propongo**

**A mis Pacientes de Cirugía, por su participación  
Y compartir sus experiencias de vida para el desarrollo del  
Presente trabajo.**

**Al Dr. Ramiro Carbajal Nicho por haber confiado en mí para la realización de la presente investigación como iniciador del trabajo con los Pacientes que requieren Cirugía Bariátrica.**

## **ÍNDICE**

**DEDICATORIA**

**I**

|   |            |
|---|------------|
| <b>AGRADECIMIENTOS</b>  | <b>II</b>  |
| <b>ÍNDICE</b>   | <b>III</b> |
| <b>ÍNDICE DE TABLAS</b>   | <b>IV</b>  |
| <b>LISTA DE CUADROS</b>   | <b>V</b>   |
| <b>RESUMEN</b>  | <b>VI</b>  |
| <b>ABSTRAC</b>  | <b>VII</b> |
| <b>PRESENTACION</b>   | <b>VII</b> |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>   | <b>13</b>  |
| <b>1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>  | <b>13</b>  |
| <b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>  | <b>17</b>  |
| <b>1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b>  | <b>17</b>  |
| <b>1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>   | <b>18</b>  |
| <b>1.4.1. Objetivo general</b>  | <b>19</b>  |
| <b>1.4.2. Objetivos específicos</b>   | <b>19</b>  |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>   | <b>20</b>  |
| <b>2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO</b>  | <b>20</b>  |
| <b>2.2. BASE TEÓRICA:</b>   | <b>23</b>  |
| 2.2.1. Generalidades sobre autocuidado  | 23         |
| 2.2.2. Educación en salud   | 35         |
| 2.2.3. Intervención de la enfermera en el fortalecimiento del autocuidado del paciente con obesidad | 36         |
| 2.2.4. Generalidades sobre actitudes  | 39         |
| 2.2.5. Teorías de cambio de comportamiento  | 41         |
| <b>2.3 GLOSARIO DE TERMINOS</b>   |            |
| <b>2.4 HIPOTESIS</b>  | <b>45</b>  |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>  | <b>46</b>  |
| <b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>   | <b>46</b>  |
| <b>3.2. UNIDAD DEL ANÁLISIS</b>   | <b>46</b>  |
| <b>3.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN</b>  | <b>46</b>  |
| <b>3.4. POBLACIÓN</b>   |            |
| <b>3.5 MUESTRA</b>  | <b>46</b>  |



|   |    |
|---|----|
| 3.5.1 Criterios de inclusión                            | 46 |
| 3.5.2 Criterios de exclusión                            | 46 |
| <b>3.6. TÉCNICAS Y PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>  | 47 |
| <b>3.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> | 48 |
| <b>3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>                      | 49 |
| <b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>              | 50 |
| <b>4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>                  | 50 |
| 4.1.1 Datos generales.                                  | 50 |
| 4.1.2. Datos específicos                                | 51 |
| <b>4.2. PRUEBA DE HIPOTESIS</b>                         | 56 |
| <b>4.3 INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>     | 58 |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                     | 62 |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                                  | 64 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                       | 65 |
| <b>ANEXOS</b>   | 70 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>1</b> Edad de los Pacientes que participaron en el Programa Educativo Informativo “Nueva imagen”. HNERM, Lima 2018.   | <b>49</b>   |
| <b>2</b> Grado de Instrucción de los Pacientes que participaron en el Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” .HNERM Lima 2018.  | <b>49</b>   |
| <b>3</b> Ocupación de los Pacientes que participaron de Cirugía Bariátrica según sexo y motivo de la obesidad que participan en el programa Educativo “Nueva imagen” .HNERM Lima 2018. | <b>50</b>   |
| <b>4</b> Puntaje de Efectividad en las actitudes hacia el autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen “de                             | <b>50</b>   |

los Pacientes de Cirugía Bariátrica HNERM Lima  
2018.

**5** Puntaje de actitud de los Pacientes de Cirugía **51**

Bariátrica frente a la dieta como parte del autocuidado  
antes y después de participar en el Programa  
Educativo Informativo “Nueva imagen”.  
HNERM, Lima 2018.

**6** Puntaje de actitud de los Pacientes de Cirugía **51**

Bariátrica frente a la actividad física como parte del autocuidado  
antes y después de participar en el  
Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” HNERM,  
Lima 2018.

**Pág.**

**7** Puntaje de actitud de los pacientes de Cirugía Bariátrica **52** frente  
a los controles periódicos como parte del autocuidado antes y  
después de participar en el

Programa Educativo “Nueva Imagen”. HNERM Lima 2018

**8** Puntaje de actitud de los pacientes de Cirugía Bariátrica **52** frente al  
cumplimiento de tratamiento como parte del autocuidado antes y  
después de participar en el

Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” HNERM.  
Lima 2018.

**9** Puntaje de actitud de los Pacientes de Cirugía Bariátrica **53** frente al  
acercamiento a la familia como parte del autocuidado antes y después  
de participar en el

Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” HNERM,  
Lima 2018.

**10** Evaluación de la normalidad de la diferencia de **54**

puntajes

Antes –después según dimensiones del puntaje total.

11 Prueba t Student de la diferencia de puntajes antes- 55

después para las dimensiones y puntaje total.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en pacientes de cirugía Bariátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

**Material y Métodos:** Investigación de nivel Pre-experimental, y longitudinal de un solo diseño, estudia y evalúa a las mismas personas, en dos tiempos un antes y un después de la intervención educativa, examinando los cambios en sus actitudes. Constituyendo la población 20 pacientes seleccionadas dentro de un grupo de programados para intervención quirúrgica de cirugía Bariátrica. **Resultados:** Antes de la intervención educativa los Pacientes en su gran mayoría, tenían actitudes desfavorables; después de brindarle el Programa Educativo Informativo mejora en promedio las actitudes, hallándose  $p\text{-value}=0.0245 < 0.025$ , que rechaza la hipótesis nula. Son favorables en sus dimensiones y su comportamiento es más homogéneo, porque las desviaciones estándares se evidencian como menores. **Conclusiones:** Después de la aplicación del Programa Educativo Informativo, se evidenció un cambio positivo, siendo las actitudes favorables hacia el autocuidado. En cumplimiento del tratamiento la mejora es notable; en la actitud frente a la dieta la mejora es leve. Se mantienen iguales las actitudes frente a la actividad física, controles periódicos de los pacientes y acercamiento a la familia de los pacientes

**Palabras clave:** Programa informativo y cirugía bariátrica, actitud frente al autocuidado, enfermería y cirugía bariátrica.

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine the effectiveness of the “new image” informative educational program in attitudes towards self-care in bariatric surgery patients of the Edgardo Rebagliati Martins National hospital

**MATERIAL AND METHODS:** Pre-experimental and longitudinal research of a single design, study and evaluation of the same people, in two stages before and after the educational intervention, examining changes in their attitudes. the population constitutes 20 selected patients within a group of programs for surgical intervention of bariatric surgery. **RESULTS:** Before the educational intervention, the patients mostly unfavorable attitudes reactions; after providing the educational information program, it improves attitudes on average, finding  $p\text{-value} = 0.0245 < 0.025$ , which rejects the null hypothesis. they are favorable in their dimensions and their behavior is more homogeneous, because the specific deviations are evidenced as minor.

**CONCLUSIONS:** After the application of the informative educational program, a positive change is evident, with favorable attitudes towards self- care. in compliance with the treatment the improvement is remarkable; in the attitude towards diet the improvement is slight. attitudes towards physical activity, periodic patient controls and approach to the family of patients are the same.

**KEYWORDS:** Information program and bariatric surgery, attitude towards selfcare, nursing and bariatric surgery.

## **PRESENTACIÓN**

La obesidad es un problema de salud pública en muchas latitudes, existen 4 factores que desarrollan la obesidad como la biología humana, medio ambiente, estilos de vida y el sistema de salud sin prevención, por tanto, abordar su estudio y como apoyar en su solución es una tarea que compete a todos los profesionales de salud.

La mejor manera de garantizar un cambio de actitud hacia el autocuidado frente a la obesidad es mediante procesos educativos orientados a cambios actitudinales del paciente y su entorno, garantizando un enfoque personalizado con la participación de su familia, lo cual mejoraría las expectativas de la población con dicho problema de salud.

El presente trabajo se realizó para determinar la Efectividad de un Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en el cambio de actitud frente al autocuidado para contribuir al éxito del tratamiento de Cirugía Bariátrica, es relevante destacar la necesidad dar continuidad a dicho programa para garantizar mejoras en la calidad de vida de dichos pacientes.

Algunos trabajos de investigación han demostrado la necesidad de cambios en los estilos de vida, otros demuestran que la reganancia de peso es un fracaso en la cirugía. otros estudian la necesidad de un Programa Educativo relacionada con sus malos hábitos alimenticios y evidencian la complejidad de su tratamiento integral debido a la variedad de factores cognitivos, psicológicos y socioculturales involucrados.

Otras investigaciones relatan el abandono del tratamiento y se enfocan en el cambio de estilos de vida siendo un factor importante la actitud frente al autocuidado. Sin embargo, las actitudes favorables y desfavorables en este tipo de pacientes no han sido contempladas en investigaciones anteriores, el presente trabajo pretende por tanto contribuir al éxito del tratamiento mediante un programa educativo informativo que incluye 5 dimensiones que se pueden seguir ampliando.

El interés por el estudio de la actitud en el autocuidado es por las evidencias de casos de re ganancia y fracaso a la cirugía, siendo novedoso conocer acerca de la actitud frente al cumplimiento del tratamiento post cirugía, como parte del autocuidado en este tipo de pacientes.

El presente trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos además de los apéndices y la bibliografía, siendo que en el capítulo I, se presenta el planteamiento del Problema general, sobre el impacto de esta enfermedad. Siendo un problema de salud mundial ocupando uno de las primeras causas de muerte en el mundo y en el Perú. El capítulo II se encuentran antecedentes del estudios internacionales y nacionales sobre las variables y la base teórica pertinente. En el capítulo III se especifica la metodología utilizada en el estudio, el ámbito de la investigación, población y muestra técnicas de recolección de datos, análisis e interpretación de la información En el capítulo IV. Se muestran los resultados obtenidos y la discusión realizada respecto de los objetivos del presente estudio. Finalmente se añaden los nexos y las referencias bibliográficas.

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementando en el pasar de los años, generando impacto negativo en la esperanza y calidad de vida de las personas que lo padecen, actualmente en el mundo es considerada una pandemia camino a desatar una crisis

de salud de proporciones dantescas, y lo peor es que ningún gobierno o sistema de salud, está preparado para lo que se aproxima.

Es considerada como el factor de riesgo más común que desencadena una serie de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, hipertensión y diabetes, demostrado está que las personas con sobrepeso u obesidad tienen más riesgo de lesiones osteomusculares y de la piel, siendo frecuentes los problemas de hígado graso, vesícula, triglicéridos altos, mareos constantes, agotamiento físico, apnea del sueño y problemas respiratorios, entre una larga lista de complicaciones de los diferentes órganos internos (Álvarez, 2012).

La obesidad también provoca efectos psicológicos y emocionales muy negativos, aspectos que incluyen sentirse menospreciado, poco atractivo para el sexo opuesto o discriminado y puede provocar que aquella persona que tiene un exceso de sobrepeso sufra graves trastornos depresivos, terminando por aislarse por completo, recluyéndose en su casa, hasta llevarlos a complicar su estado de salud. (Williamson, 2006).

En España, al igual que en el resto de los países occidentales, más de la mitad de la población tiene problemas de sobrepeso, estimándose que alrededor del 53,5% de españoles sufre sobrepeso, de los que 14,5 por ciento son obesos, con un índice de masa corporal superior a 30 (OMS, 2017).

En América Latina, México es el país con la tasa de obesidad más alta en adultos y ocupa el sexto lugar en los índices de obesidad de niños y adolescentes, señala un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con el informe, la tasa de obesidad de adultos en México es de 28.9% de la población, seguido por Argentina (28.3%), Chile (28%) y Dominica (27.9%), entre otros países. (OMS, 2017).

En el Perú según el Instituto Nacional de Salud el 42% de la población sufre de obesidad y la ciudad de Lima ocupa el primer lugar seguido de San Juan de Lurigancho 11.9%, Villa El Salvador 11.8%, Ate 11.7%, siendo el sexo femenino con mayor porcentaje 26% y los varones 16% la edad oscila entre 30 a 56 años el segundo departamento con mayor obesidad es Tacna, Arequipa, Cajamarca (FAO, 2018).

Según cifras del Ministerio de Salud, el 53.8% de peruanos de 15 años a más tiene un exceso de peso, de este total el 18.3% es obeso, Lima Metropolitana concentra casi el 40% de la población con exceso de peso que hace un total de 4.794,619 afectados siendo las razones principales, la falta de actividad física y el consumo de comida chatarra, procesada, rica en azúcar, sal y grasas saturadas. (MINSA, 2015).

Como vemos, Perú no es ajeno a este problema, razón que motivó que a mediados de mayo del 2013 se promulgara la ley N° 30021 “Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, cuyo propósito era promover en estudiantes del nivel básico regular, una alimentación saludable, actividad física, implementación de kioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular, así como implementar el Observatorio de Nutrición del Sobrepeso y Obesidad, supervisión de la publicidad, información y prácticas dirigidas a niñas, niños y adolescentes para reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas. (González, 2016)

La educación nutricional vendría a ser una pieza clave para evitar este factor de riesgo, existiendo otras herramientas como la aplicación de las nuevas tecnologías, en la evaluación de la composición corporal, y la



práctica de la cirugía Bariátrica, recomendable en los casos de obesidad mórbida. (OMS, 2013). Para Bandura (1986), la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos, el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica donde la actitud, los factores personales cognoscitivos y de otros, así como los acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan unos con otros.

Por su parte, Dorotea Orem, en su teoría de enfermería de déficit del cuidado (TEDA), refiere que autocuidado es una actividad aprendida por las personas y orientada hacia un objetivo, una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas ya sea sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, buscando regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento o un beneficio para su vida, salud o bienestar; también se conceptualiza como una forma de acción deliberada mediante la orientación a personas con actitudes e intenciones de llevar a cabo algo, acciones, condiciones o estados de cuestiones del momento (Raile, 2015). Asimismo, describe y explica las causas de dicho déficit, y que aquellos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, determinando cuando y porque se necesita de la intervención de la enfermera.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins como centro de referencia a nivel nacional que atiende a toda la población asegurada y derecho habientes provenientes de su área adscrita y de áreas de referencia del nivel nacional que requieren tratamiento altamente especializado, los pacientes con diagnóstico de obesidad son admitidos por un comité conformado por un equipo multidisciplinario, quienes autorizan a aquellos que va a ser intervenidos quirúrgicamente, tal es el caso cirugía Bariátrica, en el 2003 se inician las primeras cirugías Bariátricas, contando con un círculo de apoyo conformado por los propios

pacientes que sufren de esta enfermedad y donde la Enfermera en forma voluntaria como parte de su función preventivo-promocional, se encarga de gestionar y dar educación a los pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, para el cuidado de su salud, requiriéndose una sensibilización y compromiso permanente de los pacientes a fin de evitar efectos rebotes y complicaciones post operatorias.

La labor educativa de la enfermera en este tipo de pacientes está orientada a sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad y adaptarse a sus efectos; por ello es importante desarrollar un Programa Educativo y garantizar la permanencia de una enfermera en este programa, que permita integrar todas las expectativas de los pacientes para lograr cambios de actitud hacia el autocuidado frente a las dimensiones de: dieta, actividad física cumplimiento de tratamiento y acercamiento con la familia logrando que los pacientes mantengan el peso deseado después de enfrentar un tratamiento quirúrgico.

Ante lo expuesto se formulan las siguientes interrogantes: ¿Es necesaria la presencia de una enfermera en forma permanente en el programa de cirugía Bariátrica?, ¿La existencia de un programa educativo informativo estructurado permitirá el éxito en los resultados posteriores a la cirugía Bariátrica?, ¿Qué aspectos debe considerarse dentro de un programa educativo dirigido a pacientes candidatos a cirugía Bariátrica?, ¿Cuál es la garantía de éxito de un programa educativo informativo en el cambio de actitudes hacia el autocuidado de la salud en pacientes obesos?, ¿El tratamiento pre quirúrgico de pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, debe incluir un programa educativo orientado al cambio de actitudes hacia el autocuidado para evitar efectos rebotes y complicaciones post operatorias?, ¿Qué aspectos deben ser considerados dentro de la propuesta de un programa educativo dirigido a candidatos a cirugía Bariátrica?, ¿Será posible modificar las actitudes hacia el autocuidado de los pacientes con obesidad a través de un programa educativo?

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo Informativo “¿Nueva Imagen” en la actitud hacia el autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2018?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La estadística institucional pone en relieve que existe considerable número de casos de pacientes que han sido sometidos a cirugía Bariátrica que han presentado complicaciones post operatorias por no haber participado activamente en todas las fases del programa de cirugía Bariátrica, esto debido a que no existe un programa educativo establecido, ni un personal responsable del mismo, que garantice que el paciente ha comprendido la importancia de cambio de actitud hacia el autocuidado antes, durante y después de la cirugía.

Existe en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins un comité evaluador del paciente candidato a cirugía de la obesidad o Cirugía Bariátrica, donde se espera el resultado del equipo multidisciplinario para que el paciente empiece con su preparación preoperatoria y sea aceptado para ser operado, siendo el tiempo muy prolongado de hasta 2 años, que implica la necesidad de la existencia de un personal que bajo un programa preestablecido y validado, esté permanentemente sensibilizándolo respecto de su actitud hacia el autocuidado, a fin de evitar deserciones antes de la cirugía o el abandono a la continuidad del tratamiento post quirúrgico.

Poner en práctica el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” permitirá a la institución garantizar un trabajo ordenado y sistemático que involucre no solo al paciente, sino también a su familia y todo el equipo

multidisciplinario, para garantizar el éxito de las acciones emprendidas para el desarrollo de las dimensiones evaluadas en estos pacientes y que son importantes para el logro de la meta de la cirugía bariátrica. Permitirá también mejorar la atención a los pacientes, ofrecer soluciones y respuestas a sus problemáticas más urgentes fortaleciendo la relación Enfermera-Paciente y sus familias de forma continúa mejorando aspectos de su calidad de vida, como el manejo de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y las consecuencias que conllevan en su rutina diaria.

La mejor manera de garantizar un cambio de actitud hacia el autocuidado es mediante procesos educativos orientados a cambios actitudinales y comportamentales del paciente y su entorno. Con la implementación de un Programa Educativo Informativo se llevaría un control estricto del régimen higiene dietético, médico y se daría un enfoque de atención personalizado, orientado al autocuidado del individuo y la participación de su familia, lo cual mejoraría las expectativas de la población con ayuda de los determinantes sociales donde se manifiesta que existen 4 factores que desarrollan la obesidad como son la Biología Humana, Medio Ambiente, Estilos de Vida y el Sistema de Salud sin Prevención (Lafambroise, 2014)

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado en la Dieta, en pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado en la Actividad Física, en pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado en los Controles Periódicos, en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado en el Cumplimiento de Tratamiento, en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”, en las actitudes hacia el autocuidado en el Acercamiento de la familia, en Pacientes de Cirugía Bariátrica del Programa del HNERM

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Entre los antecedentes revisados se han seleccionado los siguientes:

#### **2.1.1. A nivel internacional**

Tárraga (2014) en España, realizaron un estudio titulado “Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad”, buscando determinar si una intervención de motivación en grupo, por profesionales de enfermería, complementariamente a la intervención habitual, es más eficaz en el tratamiento del sobrepeso y obesidad,

según reducción porcentual del peso, y persistencia en el tiempo de la reducción conseguida; ensayo clínico aleatorio multicéntrico de intervención en pacientes con sobrepeso y obesidad; se evaluaron 696 pacientes, 377 grupo control y 319 del de estudio. Concluyendo: “El programa basado en intervención motivacional en grupo puede mejorar parámetros antropométricos y estilos de vida en pacientes obesos tratados en un centro de Atención Primaria.” (p.742)

Arrebola, Gómez, Fernández, Bermejo y Loria, (2013) en España, investigaron sobre “Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida”, el objetivo fue evaluar los efectos de un programa basado en dieta, ejercicio y apoyo psicológico en la modificación conductual de pacientes con sobrepeso y obesidad tratados en Atención Primaria, trabajaron con 60 pacientes con sobrepeso grado II y obesidad grado I-II, quienes recibieron un programa constituido por educación nutricional, actividad física y apoyo psicológico. Concluyendo que:

Un programa de MEV (modificación de estilos de vida) basado en dieta, ejercicio y apoyo psicológico desarrollado en Atención Primaria (Comunidad de Madrid) ayudó a los pacientes con sobrepeso y obesidad a reducir su peso, IMC, porcentaje de grasa corporal, perímetro de cintura y riesgo cardiovascular asociado. También contribuyó a mejorar sus hábitos de vida saludable. (p.140-141)

Peredo, Gómez, Sánchez, Navarrete y García, (2005) en México, investigaron “Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial”, con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos en este padecimiento, en sujetos con hipertensión arterial; estudio cuasi experimental abierto, mediante intervención educativa activa participativa cuatro horas diarias durante cinco días por bimestre en tres

ocasiones, abordando temas de hipertensión arterial en pacientes hipertensos no controlados, se incluyeron 48 pacientes con hipertensión arterial leve y moderada. Concluyeron: “La estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e IMC en los pacientes hipertensos.” (p.125)

### **2.1.2. A nivel nacional**

Rondán, (2016), investigó sobre “Efectividad del Programa Educativo ‘Vida Saludable’ en el cambio de estilos de vida de pacientes con síndrome metabólico en el Hospital I Cono Sur EsSalud - Nuevo Chimbote 2015”, con el objetivo de conocer la efectividad del programa educativo “Vida Saludable” en el cambio de estilos de vida de pacientes con síndrome metabólico, estudio cuasi-experimental, en 50 pacientes con síndrome metabólico; mediante técnica de encuesta, se aplicó un test, un programa educativo y pos-test, concluyendo: “Se demostró la efectividad del programa educativo, porque se observó que el estilo de vida inadecuado disminuyó totalmente logrando el 100% de estilos de vida adecuados después de aplicar el programa educativo.” (p.73)

Gutiérrez, (2017), investigo sobre “Efectividad del programa educativo ‘Exprésate’ en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa ‘Peruano Suizo’, Comas 2011” , con el objetivo de determinar su efectividad en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente, estudio analítico, de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, con un diseño cuasi-experimental de grupo único con pre - test y post – test, se seleccionó una muestra representativa de 168 estudiantes, utilizando como instrumentos de recolección de datos a un cuestionario de alternativas múltiples y una escala tipo Likert. Entre sus conclusiones tenemos: “La aplicación del programa educativo incrementa significativamente el nivel de conocimientos y genera actitudes favorables sobre prevención del embarazo adolescente en los

adolescentes de la Institución Educativa “Peruano Suizo” del distrito de Comas.” (p.97)

Pérez (2008), estudiaron sobre “Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú” con el objetivo de mejorar el problema del sobrepeso u obesidad del alumnado de una escuela de la minera Barrick-Pierina, con una intervención educativa que fomenta estilos de vida saludables promueve una alimentación balanceada y un incremento en la actividad física, evaluando al final el cambio de los Índice de Masa Corporal (IMC) calculados según el percentil, investigación cuasi- experimental, participaron 121 escolares de las cuales 65 fueron niñas y 56 niños, la intervención fue mediante el Programa "Estilos de Vida Saludables" donde se usó 5 actividades, basadas en las guías de auto implementación del CDC de Atlanta: 10 clases teóricas sobre balance energético, dos talleres de loncheras saludables para los padres de familia, asesoría nutricional semanal para el proveedor de la cafetería, un festival de ensaladas de la cosecha del vivo huerto y 10 clases de educación física. Concluyeron: “Los resultados de nuestro estudio muestran que el grupo de estrategias planteadas por este programa, pueden contribuir al tratamiento y prevención de la actual pandemia de obesidad/sobrepeso infantil.” (p.208)

Los antecedentes expuestos, demuestran la importancia de los programas educativos en pacientes con obesidad, la mayoría demuestra que son efectivos para contribuir en el autocuidado de estas personas. Por tanto, sus aportes han permitidos orientar el diseño del marco teórico, así como el diseño metodológico.

## **2.2. BASE TEÓRICA:**



A continuación, se presenta la siguiente literatura que proporcionará el sustento teórico a la investigación.

### **2.2.1. Generalidades sobre autocuidado**

#### **A. Definición de autocuidado**

El autocuidado, es importante son actividades del día a día que la persona asume como una práctica para cuidar su salud orientadas a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad. Estas acciones que realiza el paciente encaminadas a permanecer sano en el tiempo de su vida. (Barreto y Fermín, 2004).

La definición de autocuidado es el uso de mantener la salud mental y física las acciones dirigidas a cuidarse, diferenciándose de las acciones instintivas o "mecanismos programados" (según lo denomina Orem), que tienen un carácter automático (Novel, 2000).

Las acciones que se realizan dirigidas a prevenir enfermedades y trastornos a través de las (creencias, hábitos, nivel de conocimiento, grupo social, etc.) que determinan tanto el tipo, como la calidad de autocuidado que cada uno mantiene así mismo. Para que el aprendizaje se mantenga en el tiempo hay que socializar las acciones de autocuidado entre las actividades cotidianas, y de esta forma pasa hacer esencial parte del estilo de vida personal, convirtiéndose en una acción automática que en el tiempo contribuirá a elevar el auto concepto y la estima personal de todos aquellos que mantienen este aprendizaje (Novel, 2000).

La teoría de Orem permite un abordaje integral del individuo con su salud mental y física cuidados necesarios del ser humano a vivir plenamente, es decir a mejorar su calidad de vida. Para Orem, enfermería logra en sus cuidados acciones directamente que favorezcan la mejora de la resistencia física, mantener peso corporal, contribuir en el entorno familiar para llegar a él concepto "el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir" (Marriner, 2011).

El autocuidado es un acto propio del individuo para lograr mantener una vida sana se debe mantener continua para contribuir en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano; todas las acciones del autocuidado deben ser positivas y prácticas

El autocuidado individual y colectiva es una herramienta para lograr los objetivos del desarrollo humano no debe ser aislado permite que el proceso de cuidados como es el cumplimiento de atención ,medicación, supere el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada persona haciendo la probabilidad que la persona, promueva su autoestima e independencia para llegar a un estado en el que su autocuidado sea el procesos y sucesos de una valoración individual, que recupera el valor de las acciones correctivas y que promueva la producción y beneficio de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable (Novel, 2000).

Para lograr que el paciente se haga responsable se requiere de una perseverante, constante y periódico control que incluye a la familia y su entorno para lograr el autocuidado. El concepto de autocuidado se explica, como una constante del individuo a su propia existencia: "como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior" (Marriner, 2011).

Orem señala tres necesidades de autocuidado que deberán ser evaluados en el momento que se requiera.

- Requisitos universales: llamados también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la conservación de ingestión suficiente de aire, agua y alimento, suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el

descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. (Marriner, 2011)

- **Requisitos de desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. (Marriner, 2011).
- **Requisitos en caso de desviación de la salud:** se refiere, cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. (Marriner, 2011).

## **B. Autocuidado frente a la obesidad:**

En el caso de la obesidad que es una enfermedad metabólica crónica de origen multifactorial, que puede causar tanto una afectación física y psíquica de la persona, como inducir otras patologías que limitan la esperanza de vida y deterioran la calidad de esta, pudiendo limitar la proyección vital, social y laboral del individuo.

Frente a ello la cirugía Bariátrica está indicada para los obesos de la clase III u obesidad mórbida y para aquellos de la clase II que tengan morbilidades conexas.

Sin embargo, entre el 20 a 30% de los pacientes sometidos a cirugía comienzan a recuperar peso después de 24 meses (promedio), poniéndose de manifiesto la necesidad de intervenciones psicosociales que mejoren las

condiciones psicológicas del paciente para mantener nuevos hábitos alimentarios.

Una de las variables funcionalmente relacionadas con el éxito potencial del tratamiento es la manera en la que el paciente afronta la condición de la obesidad, incluyendo necesidades, limitaciones y cambios en los hábitos

**a. Dieta:**

Es el aspecto más importante en el paciente con obesidad y requiere estar asociado a otros aspectos como ejercicio y adherencia al tratamiento.

Después de la cirugía se debe realizar restricciones en la dieta, la bolsa gástrica tiene un reservorio de 1 onza o una a dos cucharas soperas. La capacidad inicial será algo limitada, 2 o 3 cucharadas y sólo consistirá de líquidos. Se debe comer 6 meses dieta líquida, seis meses después de la cirugía aceptar de 8 onzas a 1 taza. A largo plazo, el tamaño alcanzará de 8 a 12 onzas o 1 a 1½ tazas. La cirugía consiste en la restricción de sólidos, no líquidos, así que los líquidos que consuma deberá satisfacer sus necesidades de hidratación. Los líquidos deben ingerirse correctamente no después de la comida, pues colará el alimento como con un chorro de agua a través del estómago reducido en capacidad y por lo tanto debe lograr llenura y saciedad, por tanto, comer menos; sin embargo, permanecer hidratado con un aporte necesario de fluidos.

Uno de las necesidades de los Pacientes post operados deberá ser consumir requerimientos adecuados. Después de la intervención quirúrgica se debe contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario el cuerpo y la mente todavía trabajan la misma manera que hicieron antes es por eso que la evaluación periódica debe hacerse y adherirse al mismo. Sin embargo, con la nueva cirugía la capacidad gástrica será menor, el Paciente se sentirá satisfecho con mucho menos.

Consumir comidas pequeñas al día fraccionada. La proteína deberá ser la fuente primaria de nutrición 70 a 75% de todas las calorías consumidas deben ser a base de proteínas (huevo, pescado, carne, etc.) Se debe consumir carbohidratos (pan, papas, entre otros), incluyen solamente del 10 a 20%, grasas (mantequilla, queso, etc.) solamente 5 a 15% de las calorías que coma. Las calorías en 600 a 800 y debe consumir 75 gramos de proteína diaria durante los primeros 6 meses.

Todos los alimentos consumidos deben ser blandas apropiada para evitar complicaciones y molestias en la abertura pequeña entre su estómago y sus intestinos.

La dieta después de la cirugía consiste en pasar de líquidos a purés, a dieta blanda y finalmente a dieta regular modificada. La progresión es de semanas la dieta se diseña y programa para permitir que se restablezca en el cuerpo la pérdida de vitaminas y minerales. Inicialmente, le ayudará a mantener las proteína y líquidos, y las siguientes, las necesidades alimenticias. Es imprescindible que a la 8va semana la progresión de la dieta se adhiere a seguir mejorando la ingesta para maximizar su curación y reducir al mínimo el riesgo de complicaciones innecesarias.

Etapa sólida 3 semanas después de que la cirugía podrá tolerar una cantidad pequeña de alimentos sólidos. La dieta sólida será suave, hechos puré y/o licuados. Es necesario que se demore en masticar hasta obtener una consistencia adecuada. Lo más importante, dejar de comer tan pronto como se sienta satisfecho.

A pesar de ello, para los pacientes con obesidad, esta dimensión es la menos cumplida, les cuesta dejar de comer volúmenes grandes por el sistema de la dieta en fracciones según el reporte Nutricional del equipo Multidisciplinario del HNERM Es salud 2018.

## **b. Actividad Física.**

Es la rutina y la vida sedentaria la causante que los pacientes con obesidad se mantengan y reganen peso por eso es necesario perder calorías y quemarla con los ejercicios, siendo necesarios habituarlos progresivamente a los cambios que esta rutina conlleve en su vida

En segundo lugar, debemos estimar el grado de motivación del paciente, y sus limitaciones para poder introducir ejercicios pasivos, reforzar el tratamiento psicológico y apoyar a lograr previo a la cirugía, un esquema de actividad física para optimizar resultados.

Y uno de los factores más importantes, es y lo sabemos de sus beneficios la pérdida ponderal preoperatoria sobre las dificultades técnicas, riesgos anestésicos, e incidencia de complicaciones, en especial en los pacientes de mayor grado de obesidad.

Todos los pacientes deberían debutar con su programa de entrenamiento en el mismo momento en que se contempla la indicación quirúrgica, para continuar lo antes posible en el postoperatorio.

El gimnasio constituirá un auxiliar valioso, especialmente cuando se haya superado la primera etapa de adaptación física y psicológica al ejercicio físico.

Actualmente, lo ideal es combinación de ejercicio aeróbico y anaeróbico en la misma sesión o en distintos días, siempre precedidos de calentamiento y flexibilidad, para terminar con flexibilidad.

Los beneficios de la actividad física se obtendrán desde la realización de ejercicio de baja intensidad un mínimo de 30 o 40 minutos 5 días a la semana, aunque la mejora de la capacidad aeróbica y especialmente las quemaduras de grasa requerirían 40 minutos de ejercicio de intensidad moderada. Por otra parte, los ejercicios de musculación, aeróbicos, han demostrado ser eficaces también, no solo para aumentar masa magra, pero también se ha visto que dan lugar a utilización de ácidos grasos provenientes del tejido adiposo en la fase de post ejercicio.

Además, se ha visto que la adherencia del paciente obeso a programas de larga duración, combinando ejercicios aeróbicos con anaeróbicos es buena, con un porcentaje de solo 12,7% de abandono al año, en la serie publicada por Balbucí, Leonetti, Di Mario, Fallucca. (2004).

### **c. Descanso Y Sueño**

La falta de sueño puede afectar en la pérdida de peso de forma contraproducente ya que un mal descanso puede provocar aumento de hormonas relacionadas con el estrés como el cortisol lo cual dificulta un buen entrenamiento provocando un catabolismo muscular (pérdida de masa muscular).

Un peor descanso provoca un estado de cansancio físico y psicológico lo que deriva en una menor actividad física a lo largo del día y ello en un consumo calórico menor.

El cuerpo debe mantenerse despierto lo cual es energéticamente muy caro y por tanto estimula el apetito por los hidratos de carbono y las grasas siendo más difícil mantener una dieta hipocalórica necesaria para la pérdida de peso. Más tiempo despierto sobre todo en altas horas de la noche suele conllevar malos hábitos alimentarios como picar ya que si ceno temprano tendrá hambre y el organismo en estas situaciones prioriza a apetencia por alimentos de alta densidad calórica, ricos en grasas e hidratos de carbono.

La obesidad se relaciona con apnea del sueño (dejar de respirar por un periodo largo mientras duerme) lo que provoca una peor calidad de sueño y por tanto todas las consecuencias adversas creando un círculo vicioso en el cual se descansa poco y/o mal provoca ganancia de peso.

Tratar de dormir 6 a 8 horas de sueño reparador por la noche, no es lo mismo dormir 8 horas seguidas por la noche que dormir 6 horas y dos de siesta por la tarde ya que no sólo es importante la cantidad de horas de sueño si no también la calidad de este.

En estudios realizados la pérdida de peso no es un objetivo aislado lo que realmente importante es tener un estilo de vida saludable donde debe estar incluido realizar ejercicio físico y mantener una vida activa, comer de forma adecuada y equilibrada y descansar en forma correcta.

En muchos estudios se ha observado que las personas que no duermen lo suficiente tienen alto índice de masa corporal ya que el organismo convierte los nutrientes en energía y la falta de sueño puede afectar la hormona que controla los impulsos del hambre. Los Pacientes con obesidad que duermen menos horas sufren de alteración en el perfil metabólico dan lugar a la resistencia de la insulina aumento de apetito, y disminución de la saciedad

#### **d. Cumplimiento del Tratamiento**

La eficacia real del tratamiento dependerá a la adherencia de este por parte del paciente, el descenso de peso corporal dependerá del éxito a la adherencia de la dieta, actividad física entre otras.

La escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad es uno de los mayores obstáculos del personal de salud, dentro de las técnicas subjetivas es el auto reporte que analizan el grado de actitud del paciente en relación con el tratamiento. Dentro del área de la Teoría Social cognitiva la percepción de la auto eficiencia puede influir sobre el resultado de determinados comportamientos. (Doris Álvarez, 2009-2010)

En relación con las conductas preventivas de salud los pacientes con alta auto eficiencia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y son más optimista sobre la eficacia de estos. El equipo debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas, y deberán implementar herramientas de utilidad para disminuir la no adherencia.



Periodicidad de los controles, la motivación por los miembros del equipo, el tipo de programa favorece la adherencia (Acharya, 2009)

#### **e. Acercamiento de la Familia.**

Es un grupo social que mantiene a sus integrantes en función al parentesco, existen factores ambientales y culturales, siendo los estilos de vida los cuales se aprenden y fomentan a lo largo de su vida.

El origen de la obesidad se asocia con eventos de vida estresante y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristezas, necesidades temores que pueden surgir en el interior de las familias como parte del resultado de las interacciones al interior o exterior de las mismas representadas por el medio ambiente que rodea la alimentación en la familia en el que se observa los estilos de vida ,apoyo social, comportamientos del amor sentimientos, actitudes, disponibilidad de alimentos y retos para practicar actividad física así como aspectos culturales como la religión y costumbres.

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas multifactoriales en la que están implicadas factores genéticos y ambientales manifestadas por expansión patológica de los depósitos adiposos corporales y con una acumulación anormal o excesiva de grasa. Existen otros miembros de la familia como los abuelos pueden quebrantar la forma habitual, las reglas establecidas en el hogar.

Los mejores resultados se consiguen cuando la familia, la escuela y la comunidad participan en los cambios padres deportistas, asequibles que desean la intervención de otros especialistas.

El papel de los padres en la educación alimentaria de sus hijos es clave su influencia es reflejo en gran medida de su propio comportamiento alimentario y de la valoración que hagan de la comida, la relación de los alimentos segura de cocinarlo el tiempo y el cuidado dedicado a las ingestas importantes del día.

Ofrecer más alimentos proteicos de los necesarios es tan poco saludable como no estimular el consumo de frutas y verduras.

Los padres con sobrepeso tienen mayor probabilidad de ser obesos, cuando sean mayores posiblemente repitan los patrones alimenticios de sus padres (Sánchez 2013).

Existen algunos instrumentos de calidad de vida que han sido aplicados a pacientes obesos; en éstos se han medido diferentes variables, siendo la más destacada el apoyo social, actividad física, ajuste psicológico, habilidades sociales, estilos de vida, programas educativos. Con respecto a esto, se ha encontrado que las personas con obesidad encuentran una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, hay un aumento de problemas interpersonales y tienen una menor ansiedad, orientación a logros, heridas emocionales, agresión, emocionalidad y apetito sexual.

También tienden a ser desempleadas, con propensión a fumar, a tener una vida sedentaria, con menor nivel educativo, poco apoyo emocional, con un auto concepto pobre con respecto a su salud (Lerma 2016).

Para conseguir un objetivo, tomar contacto con personas que conoces directa y personalmente, con hábitos y costumbres por otra parte, también deberás contactar con personas de tu círculo social y personal que te permitirán aclarar dudas, ampliar información sobre ciertas actividades, contenidos o temas de actualidad

Recurrir, entre otros recursos, a la (familia, amigos/as, profesores/as, compañeros/as de trabajo, entre otros). La comunicación con ellos/as es más fácil, y el clima será más distendido, lo que favorecerá que plantees tus inquietudes con una mayor naturalidad.

Aprovecha estos contactos para transmitir tus mensajes con claridad, cuáles son tus intereses. Intenta detectar necesidades y descubrir posibles oportunidades. (Pérez, 2008).

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables. Llevar un estilo de vida saludable se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles, una etapa que se considera puede llevar a que las personas tomen diferentes decisiones y entre estas la adquisición de buenos hábitos.

Los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que se debe enfrentar durante su proceso de formación. (García 2012).

Las Enfermedades crónicas y sus factores de riesgo se inician desde la niñez y adolescencia es necesario la prevención para lograr modificar las causas comunes es adoptando estilos de vida saludables que por un consenso cada vez es mayor en etapas tempranas de la vida y lograr la promoción de la salud (Oviedo, 2008).

Se afirma que el estilo de vida es un conjunto de dimensiones y acciones que toda persona realiza en toda la etapa de su vida para lograr mantener su salud, es determinado por la presencia de factores protectores y de riesgo para el bienestar, como un proceso cambiante esencial compuesto por elementos que son acciones, comportamientos individuales, hábitos, alimentación higiene personal, unidos a las acciones de naturaleza social (Marriner, 2011).

El estilo de vida saludable son hábitos y patrones conductuales que mantienen una relación estrecha con la salud es decir todo aquello que ayuda el bienestar, desarrollo del individuo en sus etapas y a nivel bio-sicosocial y su conjunto de patrones conductuales, tanto pasivas como activas, que causan situaciones perjudiciales en el aspecto bio-sico-social comprometiendo seriamente aspectos del desarrollo del individuo (Rodrigo, 2004).

Durante los últimos años, podemos decir que mantener el estilo de vida en la vida cotidiana es lograr mantener las variables identificadas de forma

más clara como son: no consumo de fármacos, control médico, adherencia terapéutica, no estrés, hábitos de prevención y ergonomía, conducta sexual, actividades de ocio y tiempo libre, higiene personal, hábitos reposo, actividad física, hábitos alimentarios adecuados (Loayza 2017).

En la mayoría de las intervenciones en pacientes obesos se realiza un tratamiento conservador basada en la dieta y ejercicios físico pero la evidencia científica más actual, considerar una reducción de peso utilizando una terapia conductual intensiva que permita realizar una modificación del estilo de vida.

Es necesario modificar los estilos de vida poco saludables la educación para la salud y el tratamiento convencional supervisado por el equipo multidisciplinario tenga mayor o igual efectividad que el resto de las intervenciones en las cuales se aplica una medida terapéutica.

Es importante que el paciente tome conciencia que la intervención quirúrgica de cirugía Bariátrica no es todo para lograr bajar de peso y que después de esta es esencial que mantenga una dieta equilibrada por lo que es necesario tratar de modificar los factores previos que han llevado a presentar obesidad.

### **2.2.2. Educación en salud**

Con el objetivo de mejorar la salud, "la educación constituye el instrumento más eficiente", demostrando en la práctica ser el mejor camino para lograr modificaciones en la conducta de los individuos, en adultos, mejorar conductas, requiere esfuerzos extraordinarios pues ya tienen incorporado un estilo de vida, los niños aprenden con mayor facilidad y poco esfuerzo por lo que se debe implementar la educación de niños en su entorno familiar y social.

El modelo de la promoción de la Salud de Nola Pender, busca que el profesional de salud, comprenda los comportamientos de los seres

humanos relacionados con su salud con el objetivo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, asumiendo conductas para lograr mejorar la calidad de vida. En este contexto, la enfermera asume un compromiso orientado hacia esa transformación “El modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que es interactuar con el entorno y la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta ligada a la conducta motivacional para conseguir un logro.

La estrategia educativa es conducta controlada orientada a una meta intencional mediante un programa educativo donde se debe planificar controlar y seleccionar recursos, emplear técnicas que garanticen el proceso de enseñanza y aprendizaje guiar, orientar facilitando el aprendizaje significativo en los estudiantes “aprender a aprender”; en esto el docente debe de acentuar estrategias diversas que le permita atender los diferentes estilos de aprendizaje.

Existen diversos modelos de enseñanza:

- **Modelo tradicional:** donde se brinda enseñanza y expone conocimientos enfocándose a que el alumno aprenda e internalice sus conocimientos, el estudiante es y será siempre el centro de la atención y el aprendizaje el resultado de la enseñanza.
- **Modelo constructivista.** La enseñanza constituye una actividad reflexiva y de pensamiento crítico y dinámico, el profesor asume rol de profesional autónomo, mediador del conocimiento y que investiga, el alumno va aprendiendo bajo su orientación y arriesgándose a error.

Un programa educativo es educación en salud y debe ser desarrollado en escuelas hospitales, centros de atención primaria familia orientadas a la población en general logrando objetivos, metas preestablecidas; seleccionando como la mejor alternativa de solución luego del diagnóstico de la situación problemática. Un programa educativo debe

influnciar y transmitir información ofreciendo pautas para promover la salud y que tenga un efecto positivo

La intervención educativa como estrategia de planificar lo que se quiere conseguir como parte de un mismo plan y la actuación profesional que permite a los docentes su propia práctica profesional mediante fases y momentos: a) Fase de planeación: esquema de los temas del problema y la revisión de las soluciones, esta fase tiene como resultado el proyecto de intervención educativa. b) Fase de implementación: Reformulación del plan o intervención educativa. c) Fase de evaluación: Comprende el seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general.

### **2.2.3. Intervención de la enfermera en el fortalecimiento del autocuidado del paciente con obesidad**

La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades; al brindar información educativa se resalta la importancia de que la presencia de un nuevo conocimiento positivo, cambia y trae resultados beneficiosos a su salud, las personas sentirán un deseo de tener la presencia del enfermero(a) como educador y orientador de sus conductas.

La meta de enfermería capacitar a las personas para cuidarse de sí mismas transformando la dependencia en autocuidado para poder abordar con eficacia los problemas de salud haciendo que estos sean accesibles articulando las medidas que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan (Marriner, 2011).

El modelo de la atención primaria deberá trabajar en programas y protocolos para cuidar la vida y la salud se requiere desarrollar

habilidades personales, para optar por decisiones saludables, “la promoción favorece el desarrollo personal y el avance sanitario exigiendo un equipo multidisciplinario para aplicar de forma integral un conjunto de cuidados haciendo que las personas ejerzan un mayor control sobre su salud y su entorno que lo rodea.

Los pacientes con enfermedades crónicas necesitan mayor enseñanza y autocuidado debiendo recibir una mayor información y asesoramiento sobre los cuidados y sus competencias. La educación logrará que el paciente coopere con su tratamiento para el fomento de su salud y aprenda a resolver problemas cuando enfrente situaciones nuevas. Es así que el profesional enfermero establece con la persona enferma o no, una oportunidad para la enseñanza de ese individuo. Siendo la responsabilidad de la Enfermera lograr la motivación y la necesidad de aprender.

Los esfuerzos por motivar a la persona que padece una enfermedad crónica al inicio puede verse desmotivada por que el paciente no reconozca la necesidad de poder manejarse por sí mismo. Sin embargo, no siempre se sabe esperar a que el paciente este emocionalmente listo para aprender, ya que tal vez no llegue ese momento si el equipo de enfermería logre ese gran objetivo.

El profesional de enfermería dedicada a la prevención conoce los cuidados que necesita el paciente, teniendo en cuenta su situación, su patología y el tratamiento, en qué medida realizarlos y cuáles son las dificultades que impiden hacerlo. Organizan sus intervenciones garantizando el cuidado integral e individualizado y fomentando la autonomía del paciente, emplean la comunicación con el equipo interdisciplinario, como elemento básico de su práctica profesional. El autocuidado es la piedra angular de la prevención y la detección temprana de una enfermedad y debe estar presente en todas las etapas y en todo momento sin importar el tipo de limitación que pueda tener la persona.

El paciente con obesidad sufre un gran impacto en todas sus esferas, impacta sobre la familia y su entorno, por el cual, el autocuidado se convierte en una herramienta fundamental que permite su abordaje integral desde las diferentes etapas, prevención, identificación de factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos.

Los cuidados deben comenzar con la comprensión profunda de los elementos principales: el estado del paciente, el objetivo de la terapia, tipo de tratamiento, los horarios y los efectos secundarios posibles y de los registros frecuentes de signos y síntomas.

También es indispensable tener en cuenta el marco de la comunicación verbal, en donde se deben usar palabras de acuerdo con la cultura, edad y educación de las personas que están sometidas al dialogo; cuando las personas hablan, pueden transmitir una gran variedad de sentimientos, la entonación de la voz puede expresar animación, entusiasmo, tristeza, malestar o diversión.

Oren define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.



Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

El programa educativo de la presente investigación se divide en 3 bloques formativos relacionados con la dieta, actividad física y adherencia al tratamiento. Las sesiones se dieron complementándose los objetivos: mejorar la tolerancia a la actividad física, la reducción de la ingesta energética a esto una reducción alimentaria, el aumento del ejercicio físico. El apoyo psicológico aporta un beneficio demostrable sobre la disminución de peso.

#### **2.2.4. Generalidades sobre actitudes**

(Gonzales 2011), destaca lo siguiente, es aquella motivación social de las personas que predisponen su accionar hacia determinadas metas u objetivos. Existen actitudes personales que guardan relación con características particulares de los individuos, mientras que existen ciertas actitudes sociales que inciden en las conductas de un grupo o colectivo.

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud (Jiménez 2011): a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influye en la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Además, se establece que para desarrollar una actitud adecuada al proceso de aprendizaje es necesario intervenir: aspectos cognitivos

(conocimientos y creencias), aspectos afectivos (sentimientos y preferencias) y Aspectos conductuales (intenciones o acciones manifiestas) (Morales 1999)

- Los componentes cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- Los componentes afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado)
- Los componentes conductuales, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

De igual modo, según (García, 2011) la actitud se establece como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido de un individuo sobre un objeto y la acción que realizará en el presente y en el futuro en todas las situaciones en que corresponde; la actitud tiene directa relación con la visión que tengamos del mundo que nos rodea, en tanto se modifica sólo cuando cambiamos nuestras creencias y percepciones respecto del mundo o las áreas específicas de análisis. Como las creencias se construyen en espacios sociales, también podemos considerar la existencia de actitudes asociadas a ciertos grupos, como, por ejemplo, en el sistema educativo.

Es necesario cambiar actitudes y comportamientos e incidir en la relación profesional de la Salud-Paciente y en los modelos de asistencia en Salud., es una especie de predisposición aprendida., es nuestra respuesta emocional ante la circunstancia de la vida, en esencia estudiar la actitud hacia la obesidad es tener un especial interés puesto que en general incluye creencias y sentimientos positivos y negativos sobre las personas, objetos y eventos. (Castro 2014).

Las actitudes son evaluaciones generales que las personas realizan sobre lo favorable o desfavorable que resaltan el entorno social de las personas, algunos trabajos muestran que las actitudes frente al sobrepeso y obesidad están asociados a creencias negativas y una insistencia exagerada en la importancia del aspecto físico, estas creencias y en la actitud inconsciente parece limitar la efectividad en el quehacer profesional y referente en la puesta en marcha del cambio de actitud de la persona con obesidad. (Dother, 2010).

#### **2.2.5. Teorías de cambio de comportamiento**

Las teorías analizan los aspectos humanos y sociales ayudando a comprender los comportamientos frente a sus cambios.

##### **A. Teorías que se concentran en las causas de la conducta:**

- a) Modelo de Creencias de Salud y obesidad desarrollada por (Hernández 2010), donde la persona piensa o cree que por los antecedentes de su familia debe escuchar con mayor interés el tema de esa enfermedad por conocer algo de ella. Otras consideran que las complejidades de las enfermedades reciben atención si tienen mayores lesiones, y consideran que la efectividad de una recomendación es de acuerdo a como lo perciba, y por ultimo las barreras que se presentan para hacer posible la toma de decisiones.

- b) La teoría de la acción razonada de Fishbein e Ajzen, implica que el comportamiento si es importante genera actitudes frente al comportamiento y sigue si esta es necesaria la persuasión y modelos en el cambio conducta (Rubio, 2014)

La teoría del aprendizaje social de Bandura, las influencias sociales y ambientales y el comportamiento humano interactúan frecuentemente y que las personas aprenden de su propia experiencia y observando las acciones de los otros y sus resultados (Sánchez, 2017)

B. Un modelo de las etapas en el cambio individual de conducta:

- a) Modelo de etapas de cambio o modelo transteórico de Prochaska  
La afirmación de este modelo es que comportamiento es un proceso y no un acto, y que las personas cambian si encuentran niveles de motivación o presentan disposición para el cambio. Las personas cambian cuando logran encontrar un equilibrio, pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

Lo que se busca es mantener la relación terapéutica para alcanzar el éxito y diseñar la manera de lograr la intervención en la etapa que se encuentre su problema. (Alonso 2012).

El cambio de conducta y su planteamiento:

- Pre-contemplación (Pre-conciencia). Las personas niegan el problema no tienen conciencia de enfermedad y niegan el riesgo a su conducta actual.
- Contemplación (Consciencia). Falta de compromiso saben su problema lo piensan conocen de su existencia, pero no lo asumen y no se hacen cargo.
- Preparación (Intención). Las personas todavía no logran asumir su cuidado.
- Acción. El cambio de conducta empieza, demoran en superar sus problemas, pero el cambio de conducta se iniciará.

- **Mantenimiento** Se hará el esfuerzo para no retroceder en la conducta asumida y mantener los cambios.

Este modelo supone que algunas personas no quieren cambiar la al inicio del programa y que empiecen considerando el cambio, como una necesidad y tomarlo en serio, adoptando un nuevo comportamiento, de forma poco consecuente al principio, y finalmente como algo rutinario que forma parte de sus vidas. Cada persona mantiene estas etapas con mayor tiempo la contemplación durante meses o años, y otras avanzan y retroceden una y otra vez y en algunos casos se supera y en otros se retoma.

Al ayudar a las personas se debe tener en consideración un momento particular. Se logrará el cambio cuando una persona debe pasar etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

Para alcanzar el éxito en el cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto. En otras palabras, lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en que se encuentre.

Nola Pender en relación con Dorotea Oren describe el modelo y expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción

(habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. (Aristizábal, 2011)

## **2.3 GLOSARIO DE TERMINOS**

A continuación, se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión, el cual será dado por:

- **EFFECTIVIDAD:** es el logro de los objetivos planteados en el programa educativo “Nueva Imagen”
- **PROGRAMA EDUCATIVO:** es un conjunto de sesiones educativas dirigido a pacientes con obesidad, para mejorar sus actitudes hacia el autocuidado.
- **AUTOCAIDADO:** acciones que realiza el paciente sometido a cirugía Bariátrica para su recuperación su salud y tener éxito en el tratamiento.
- **PACIENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA:** persona sometida a procedimientos quirúrgicos para tratar la obesidad, en el servicio de Cirugía del HNERM.
- **ACTITUD:** Predisposición favorable o desfavorable del paciente sometido a cirugía Bariátrica hacia el autocuidado que debe practicar.

## **2.4 HIPOTESIS**

### **H 0. -**

El Programa Educativo Informativo Nueva Imagen no es efectivo para el cambio de actitud hacia el autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM

### **H 1**

El Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” es efectivo en el cambio de actitud para el autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio tiene un enfoque Cuantitativo de tipo Pre- Experimental longitudinal.

### **3.2. UNIDAD DEL ANÁLISIS**

La unidad de análisis es el paciente del Programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **3.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ubicada en el Distrito de Jesús María en la Av. Domingo Cueto S/N; es una institución de salud de 4to Nivel de atención que pertenece al Seguro Social; el cual atiende a una población de todas las etapas de vida, con diferentes necesidades y problemas de salud; cuenta con 5 servicios de alta complejidad, los cuales se encargan de preparar al Paciente en su fase pre- operatoria y derivarlo al servicio 3ero B donde son intervenidos quirúrgicamente manteniendo

### **3.4. POBLACIÓN**

La población estuvo constituida por pacientes del Programa de Cirugía Bariátrica que cumplieron con la evaluación del Equipo Multidisciplinario.

### **3.5 MUESTRA**

La muestra fue no probabilística por conveniencia considerando que la presente investigación consta del tamaño de la muestra de 20 Pacientes del Programa de Cirugía Bariátrica del HNERM que cumplen los criterios de inclusión y exclusión

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes adultos que pertenecen al Programa de Cirugía Bariátrica
- Pacientes de ambos sexos. • Pacientes que por primera vez se enfrentan a una cirugía Bariátrica.

#### **3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con cambios en la esfera mental, (ansiosos, deprimidos).
- Pacientes que no acepten estar en el Programa Educativo " Nueva Imagen".
- Pacientes que no asisten a las citas programadas

### **3.6. TÉCNICAS Y PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



La Técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista individual y el instrumento un **Cuestionario de Actitud con Escala tipo Likert** (Anexo C), la cual fue aplicada por la investigadora en forma individual y bajo modalidad auto administrada antes y después (pre test y post test) de la intervención educativa de enfermería.

El instrumento tiene tres partes, la primera es relacionada a una introducción y las orientaciones para la respuesta, la segunda parte a indagar respecto de los datos generales de la población de estudio y la tercera parte es el cuestionario de actitudes.

El instrumento en su parte de la evaluación de la actitud, contiene 24 reactivos y con 5 categorías de respuesta siendo favorable (muy de acuerdo y de acuerdo) y desfavorable (Desacuerdo y Muy en desacuerdo) neutro (indiferente). Este instrumento fue sometido a opinión de jueces expertos para validez de contenido y constructo, siendo el valor obtenido de un  $p=0.0084$  o sea  $<0.05$  por tanto la concordancia es positiva en la prueba binomial para jueces de expertos, lo que significa que el instrumento es válido (Ver Anexo E).

La prueba de Confiabilidad fue desarrollada alfa de Cronbach cuyo valor final fue: 0.815 (Ver Anexo E).

Para iniciar la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos y coordinaciones pertinentes con la Oficina de Capacitación y Docencia del HNERM, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio. Paralelamente a ello se realizaron las coordinaciones necesarias con la enfermera jefe del Departamento de Enfermería y el enfermero jefe del servicio 3ero B CIRUGÍA a fin de que se brinden las facilidades para la recolección de datos.

La aplicación del pre test fue durante el mes de octubre 2018, en horarios de 8 am a 12pm 2 veces a la semana.

Seguidamente los pacientes pasaron a la etapa de desarrollo del programa educativo informativo “Nueva Imagen” en 3 sesiones con un intervalo de 1 semana por sesión a cargo de la investigadora.

Luego de culminada la etapa de intervención, se aplicó el post test también durante en un mes con horarios de 9 am a 11am.

### **3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Una vez recolectada la información, los datos fueron procesados en bases de datos desarrollado mediante programa Excel, una base de datos para el pre y otro para la post intervención educativa, lo cual permitió elaborar los gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación respectivo considerando el marco teórico.

La medición de la variable se realizó de la siguiente manera: aplicación del promedio aritmético en forma global y en forma parcial para cada una de las dimensiones. Este procedimiento se realizó tanto para antes y para después del desarrollo del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”.

### **3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación consideró lo siguiente:

**Respeto administrativo:** El estudio se realizó previa autorización del director de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Autonomía:** se brindó la información necesaria a los pacientes y ellos decidieron participar del estudio y ello se plasmó en el consentimiento informado que firmaron.

**Veracidad:** principio ético de decir siempre la verdad, no engañar a los pacientes y publicar los resultados de la investigación sin adulterarlos.

**Confidencialidad:** salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante la investigación, mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.

**Beneficencia:** realizar el bien y evitar hacer daño al paciente que colabora en el presente estudio.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1.1 DATOS GENERALES

**Tabla 1.** Edad de los Pacientes que participaron en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” HNERM- Lima 2018

| Variable            | Sexo F<br>17 | Sexo M<br>3 |
|---------------------|--------------|-------------|
| Edad                | 32-68        | 41-51       |
| Desviación estándar | 9.62         | 10.26       |
| Media               | 49.76        | 49.67       |

Los Pacientes que participaron en el estudio de investigación tuvieron un promedio de edad las de sexo femenino de mayor edad. Solo 3 Pacientes eran de sexo masculino

**Tabla 2.** Grado de instrucción de los Pacientes que participaron en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” HNERM. Lima 2018

| Nivel de instrucción      | Sexo     |           |
|---------------------------|----------|-----------|
|                           | Femenino | masculino |
| Secundario                | 2        | 1         |
| Superior no universitaria | 5        | 2         |
| Superior universitario    | 10       | 0         |

Los Pacientes del presente trabajo de investigación tienen un grado de instrucción en su mayoría superior universitario que representa 50% del grupo evaluado lo que permitirá con el Programa.

**TABLA 3:** Ocupación de los Pacientes que participaron en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” HNERM.Lima 2018

| Ocupación   | Sexo F | Sexo M |
|-------------|--------|--------|
| Empleado    | 12     | 2      |
| Comerciante | 2      | 1      |
| Otros       | 3      | 0      |

El porcentaje de 70.59% son mujeres empleadas lo que determina que la mayoría de ellas cumplen con un horario de trabajo.

#### 4.1.2 DATOS ESPECÍFICOS

**TABLA 4** Puntaje de efectividad en las actitudes hacia el autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” de los Pacientes de Cirugía Bariátrica HNERM. Lima 2018

| Puntaje | Media | Mediana | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|-------|---------|---------------------|--------|--------|
| Antes   | 94.75 | 95.00   | 8.920               | 64     | 106    |

Después 99.40 97.50          6.012          88          110

En la tabla 4 se presenta los resultados de las medidas de resumen del puntaje de actitud antes y después de participar en el Programa Educativo en el HNERM. Después de la capacitación mejora en promedio la actitud y su comportamiento es más homogéneo, porque la desviación estándar es menor.

**TABLA 5** *Puntaje de actitud de los pacientes de Cirugía Bariátrica frente a la dieta como parte del autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” Lima 2018*

| Puntaje | Mediana |       | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|---------|-------|---------------------|--------|--------|
|         | Media   |       |                     |        |        |
| Antes   | 12.00   | 12.00 | 2.294               | 6      | 15     |
| Después | 13.05   | 13.00 | 1.191               | 12     | 15     |

En la tabla 5 se presenta los resultados de las medidas de resumen del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la dieta como parte del tratamiento de Cirugía Bariátrica antes y después de participar en el Programa Educativo en el HNERM. Después de la capacitación mejora levemente el promedio de actitud y su comportamiento es más homogéneo, porque la desviación estándar es menor

**TABLA 6** *Puntaje de actitud de los pacientes de cirugía Bariátrica frente a la actividad física como parte del autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” Lima 2018*

| Puntaje | Mediana |       | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|---------|-------|---------------------|--------|--------|
|         | Media   |       |                     |        |        |
| Antes   | 13.90   | 13.00 | 2.469               | 10     | 18     |

|         |       |       |       |    |    |
|---------|-------|-------|-------|----|----|
| Después | 13.40 | 13.50 | 1.429 | 10 | 15 |
|---------|-------|-------|-------|----|----|

En la tabla 6 se observa que las medidas de resumen del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la actividad física, no varían en promedio.

**TABLA 7** *Puntaje de actitud de los pacientes de cirugía Bariátrica frente a los controles periódicos como parte del autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen “*

*Lima 2018*

| Puntaje | Media | Mediana | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|-------|---------|---------------------|--------|--------|
| Antes   | 18.30 | 19.00   | 1.490               | 15     | 20     |
| Después | 18.20 | 18.00   | 1.542               | 16     | 20     |

En la tabla 7 se observa que las medidas de resumen del puntaje de actitud frente los controles periódicos, no varían en promedio.

**TABLA 8** *Puntaje de actitud de los pacientes de cirugía Bariátrica frente al cumplimiento de tratamiento como parte del autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen “Lima 2018.*

| Puntaje | Media | Mediana | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|-------|---------|---------------------|--------|--------|
| Antes   | 16.95 | 17.00   | 1.905               | 11     | 20     |
| Después | 22.40 | 23.00   | 1.759               | 20     | 25     |

En la tabla 8 se observa que las medidas de resumen del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al cumplimiento del tratamiento, varían en promedio.

**TABLA 9** *Puntaje de actitud de los pacientes de cirugía Bariátrica frente al acercamiento a la familia como parte del autocuidado antes y después de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” Lima 2018.*

| Puntaje | Media | Mediana | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|---------|-------|---------|---------------------|--------|--------|
| Antes   | 33.60 | 34.00   | 4.031               | 21     | 38     |
| Después | 32.35 | 32.00   | 2.110               | 28     | 35     |

En la tabla 9 se observa que las medidas de resumen del puntaje de actitud frente al acercamiento de la familia no varían en promedio.

## 4.2. PRUEBA DE HIPOTESIS

### EVALUACIÓN DE LA NORMALIDAD DE LOS PUNTAJES

Para verificar las hipótesis empleando la prueba T-Student para muestras apareadas o relacionadas (antes-después) se debe evaluar previamente la normalidad de las diferencias de los puntajes antes y después para cada dimensión y a nivel global, los resultados se muestran en la tabla 7.

Se emplea la prueba de Shapiro Wilk, porque la diferencia es discreta y el tamaño de muestra es menor de 50.

Al comparar el p-value (sig.) con el nivel de significación igual a 0.05, resulta que ninguno es menor de 0.05, por tanto, se considera que los puntajes obtenidos por la dimensión 1 (D1), dimensión 2 (D2), dimensión 3 (D3), dimensión 4 (D4), dimensión 5 (D5), puntaje total (TOTAL).

**Tabla 10** Evaluación de la normalidad de la diferencia de puntajes antes-después para las dimensiones y del puntaje total

Pruebas de normalidad

| PUNTAJE      | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |    |       | Shapiro-Wilk |    |      |
|--------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
|              | Estadístico                     | gl | Sig.  | Estadístico  | gl | Sig. |
| <b>D1</b>    | .101                            | 20 | ,200* | .965         | 20 | .657 |
| <b>D2</b>    | .177                            | 20 | .102  | .964         | 20 | .624 |
| <b>D3</b>    | .169                            | 20 | .136  | .958         | 20 | .505 |
| <b>D4</b>    | .120                            | 20 | ,200* | .954         | 20 | .440 |
| <b>D5</b>    | .099                            | 20 | ,200* | .965         | 20 | .648 |
| <b>TOTAL</b> | .130                            | 20 | ,200* | .941         | 20 | .251 |

Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Por tanto, es coherente emplear la prueba t-Student para muestras apareadas, a fin de verificar las hipótesis propuestas.

## PRUEBA t-STUDENT PARA MUESTRAS APAREADAS

**Tabla 11** Prueba t-Student de la diferencia de puntajes antes-después para las dimensiones del puntaje total

Prueba de muestras emparejadas

| Diferencia | Diferencias emparejadas |                     |                         |  |          | t     | gl | Sig. (bilateral) |
|------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|-------|----|------------------|
|            | Mediana                 | Desviación estándar | Media de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |       |    |                  |
|            |                         |                     |                         | Inferior                                       | Superior |       |    |                  |
| D1         | 1.050                   | 2.481               | .555                    | -2.211   | .111     | 1.893 | 19 | .074             |



|       |       |       |       |        |        |           |    |      |
|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-----------|----|------|
| D2    | .500  | 2.585 | .578  | -.710  | 1.710  | .865      | 19 | .398 |
| D3    | .100  | 2.075 | .464  | -.871  | 1.071  | .216      | 19 | .832 |
| D4    | 5.450 | 2.564 | .573  | -6.650 | -4.250 | 9.50<br>4 | 19 | .000 |
| D5    | 1.250 | 4.800 | 1.073 | -.996  | 3.496  | 1.16<br>5 | 19 | .259 |
| TOTAL | 4.650 | 9.869 | 2.207 | -9.269 | -.031  | 2.10<br>7 | 19 | .049 |

## PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

Todas las hipótesis por verificarse son unilaterales.

Los pacientes que participan en el Programa Educativo Informativo

“Nueva Imagen” tienen actitud hacia el autocuidado más favorable.

- **H<sub>0</sub>:** El promedio del puntaje de actitud antes y después del programa educativo son iguales.

**H<sub>1</sub>:** El promedio del puntaje de actitud después del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” es mayor que antes del programa educativo.

- $\alpha = 0.08$
- Como  $p\text{-value} = 0.0245 < 0.025$ , se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado después del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” es mayor que antes.

## PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECÍFICAS

1. Los pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud favorable hacia el autocuidado frente a la dieta luego de participar del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”.

- **H<sub>0</sub>:** El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la dieta antes y después del Programa Educativo Informativo son iguales.

H<sub>1</sub>: El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la dieta después del Programa Educativo Informativo es mayor que antes.

- $\alpha = 0.05$
- Como  $p\text{-value} = 0.037$  no es menor de 0.025, no se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la dieta antes y después del programa educativo son iguales.

2. Los pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud favorable hacia el autocuidado frente a la actividad física luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”.

- H<sub>0</sub>: El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente a la actividad física antes y después del programa educativo son iguales.  
H<sub>1</sub>: El promedio del puntaje de actitud hacia la actividad física después del programa educativo es mayor que antes del programa educativo.
- $\alpha = 0.05$
- Como  $p\text{-value} = 0.199$  no es menor de 0.025, no se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado y frente a la actividad física antes y después del programa educativo son iguales.

3. Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud favorable hacia el autocuidado frente al cumplimiento de los controles periódicos luego de participar en el Programa Educativo “Nueva Imagen”.

- H<sub>0</sub>: El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al cumplimiento de los controles periódicos antes del Programa Educativo y después del Programa Educativo son iguales.  
H<sub>1</sub>: El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al cumplimiento de los controles periódicos después del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” es mayor que antes
- $\alpha = 0.05$

- Como  $p\text{-value}=0.416$  no es menor de 0.025, no se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia autocuidado frente al cumplimiento de los controles periódicos antes y después del Programa Educativo son iguales.
4. Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen una actitud hacia el autocuidado favorable frente al cumplimiento del tratamiento luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”.
- $H_0$ : El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al cumplimiento del tratamiento antes y después del programa educativo son iguales
  - $H_1$ : El promedio del puntaje de actitud hacia el cumplimiento del tratamiento después del programa educativo es mayor que antes del programa educativo.
  - $\alpha = 0.05$
  - Como  $p\text{-value}=0.00$  es menor de 0.025, se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al cumplimiento del tratamiento después del Programa Educativo es mayor que antes del Programa Educativo
5. Los pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud favorable hacia el autocuidado frente al acercamiento de la familia luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”.
- $H_0$ : El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al acercamiento de la familia antes y después del Programa Educativo son iguales
  - $H_1$ : El promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al acercamiento de la familia después del programa educativo es mayor que antes.
  - $\alpha = 0.05$
  - Como  $p\text{-value}=0.1295$  no es menor de 0.025, no se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado frente al acercamiento de la familia antes y después del programa educativo son iguales.

## **4.3 INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **DISCUSIÓN**

Todas las Técnicas de Cirugía Bariátrica permiten reducir exitosamente el exceso de peso, aún en los casos de obesidad severa. Sin embargo, ninguna operación asegura la mantención del peso reducido. El factor más relevante de fracaso es la falta de asistir a los controles periódicos, reganan peso por ingerir dietas pocos recomendables, perdidas de control y del autocuidado

El Programa Educativo “Nueva Imagen” fue diseñado como una herramienta para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por obesidad logrando influenciar positivamente en el cambio de actitud sobre su autocuidado, conociéndose este término como aquellas acciones que realiza una persona para recuperar su salud y en consecuencia tener éxito en el tratamiento

La Teoría de Orem permite un abordaje integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. Para Orem enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando lo siguiente “el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta, este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir”.

Frente a lo expuesto se estableció como objetivo general determinar la efectividad en el cambio de actitudes de autocuidado post cirugía bariátrica, en pacientes que participan en el programa educativo de enfermería, encontrándose que después de la asistencia al programa mejora la actitud de estos pacientes. Resultados que coinciden con Rondan (2016) quien demostró la efectividad de un programa educativo, porque observó que el estilo de vida inadecuado disminuyó totalmente logrando el 100% de estilos de vida adecuados después de aplicar el programa educativo.

En relación con las actitudes encontradas frente a la dieta los pacientes luego de asistir al programa educativo mejoraron levemente y su comportamiento fue más homogéneo, evidenciándose la desviación estándar la cual fue menor que antes de la intervención siendo este el aspecto más importante en el paciente con obesidad y requiere estar asociado a otros aspectos como ejercicio y adherencia al tratamiento.

Respecto a las actitudes frente a la actividad física que presentan los pacientes luego del programa educativo no varió en promedio. La rutina y la vida sedentaria son causantes de que los pacientes con obesidad se mantengan y reganen peso por eso es necesario perder calorías y quemarla con los ejercicios, siendo necesario habituar a los pacientes progresivamente para los cambios que esta rutina conllevará en su vida.

En la práctica, el autocuidado es un acto propio del ser humano, un patrón y una secuencia que lleva a mantener un estado de seguridad por tanto conservar la salud de nuestros pacientes que son sometidos a una cirugía restrictiva está apoyada a través de un equipo multidisciplinario y por un círculo de apoyo entre pacientes dirigidos por la enfermera quien forma parte de este programa educativo informativo que está orientado al logro de los objetivos según las dimensiones descritas.

Antes de participar en el Programa Educativo los Pacientes asistían a sus controles en forma aislada, se agrupaban solo para la espera de su programación en sala de operaciones o para exigir su programación. Asimismo, dentro de las prácticas de autocuidado frente a la dieta, tenían muchas interrogantes para el aumento de volumen y consistencia de la ración y el fraccionamiento de la misma disminuyó sus dudas, la práctica del autocuidado frente a la actividad física la realizaban por estar dentro de las indicaciones, pero desconocían el valor agregado de esta dimensión.

Con respecto a la práctica de autocuidado frente a la dimensión controles periódicos, la adherencia a las mismas dependerá el éxito de la cirugía Bariátrica. Respecto a las actitudes frente al cumplimiento del tratamiento este aspecto varió en promedio a ser favorable luego de asistir al programa educativo. La escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad es

uno de los mayores obstáculos del personal de salud por tanto dentro de las técnicas subjetivas es el auto reporte el que analiza y contribuye el grado de actitud del paciente en relación con el tratamiento.

El equipo multidisciplinario deberá informar el involucramiento del Paciente y su familia, por tanto la práctica del autocuidado respecto al acercamiento de la familia dimensión donde se origina muchas veces el problema de la obesidad, ya que asocia el rol de los padres en la educación alimentaria de sus hijos siendo influencia del evento de vida estresante con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristezas, necesidades temores y otros que pueden surgir en el interior de las familias como parte del resultado de las interacciones con el interior o exterior de las mismas, refiriéndose a esto al ambiente que rodea la familia.

El paciente con obesidad sufre un gran impacto en todas sus esferas, impacta sobre la familia y su entorno, es así como, el autocuidado se convierte en una herramienta fundamental que permite un abordaje integral desde las diferentes etapas, prevención, identificación de factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos.

Como apreciamos la enfermera tiene un rol educativo y es mediante estrategias o programas educativos donde brinda cuidados preventivo-promocionales a la persona, familia y comunidad.

Peredo (2005) describe el Impacto de una estrategia Educativa activa al evaluar la eficacia de las Intervenciones Educativas activas que van a generar mejoras positivas en las acciones que se desarrollan y los resultados de las mismas.

Rondón (2016 en su trabajo Efectividad de un Programa Educativo “Vida Saludable “logra cambios en los estilos de vida al aplicar pres y post test, arroja como resultados que mejora que en un 100% los estilos de vida saludable por tanto si es necesario el cambio de estilos de vida, pero el trabajo actual está orientado básicamente a la actitud hacia el autocuidado considerando dimensiones descritas que permitirán dar un resultado favorable e, incrementar el nivel de conocimiento.

Como apreciamos los antecedentes demuestran la importancia de los Programas Educativos y el objetivo de este estudio es determinar la

efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado a Pacientes de Cirugía Bariátrica y con las evidencias estadísticas estamos demostrando que el Programa Educativo fue efectivo en los pacientes que participaron en consecuencia es necesario que los pacientes mantengan programas educativos similares.

Frente a la actitud nos referimos a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos comportamientos morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar favorable o desfavorablemente ante determinadas situaciones.

Las actitudes son tendencia de conductas adquiridas y constituyen interacciones aprendidas en situaciones previas, mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal; el hecho que los pacientes sean sometidos a este programa educativo informativo “Nueva Imagen; está generando cambios de actitudes evidenciados en cambios de comportamiento; por tanto podríamos asegurar que la participación de pacientes resulta siendo efectiva y con consecuencias positivas; garantizando así el respaldo a la función que despliega la enfermera en los espacios asistenciales.

## CONCLUSIONES

- El Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen “acerca de los cambios de actitud hacia el autocuidado fue efectivo de acuerdo a la prueba t-student para muestras apareadas  $\alpha=0.08$ ; considerando  $p\text{-value}=0.0245<0.025$  donde se rechaza la hipótesis nula, por tanto, el promedio del puntaje de actitud hacia el autocuidado después del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen “es mayor.
- La aplicación del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” mejora levemente el promedio de actitud hacia el autocuidado frente a la dieta y su comportamiento es más homogéneo, en lo referente al volumen, es necesario mantener alimentos blandos fraccionados en cuatro a cinco tomas y mantener el suplemento vitamínico.

- La aplicación del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” mantiene igual las actitudes hacia el autocuidado frente a la actividad física de los pacientes, en la disposición para el ejercicio no mantienen una rutina, pero si unas combinaciones de aeróbicos tienen dificultad para conciliar el sueño necesitan consumir medicamentos.
- La aplicación del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” mantiene igual las actitudes hacia el autocuidado frente a los controles periódicos de los pacientes, en lo referente a las citas médicas asisten porque contribuye al éxito de su tratamiento, la integración a círculos de apoyo a la salud que permite que se integre con los demás pacientes.
- La aplicación del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” mejora favorablemente la actitud frente al cumplimiento del tratamiento, en los esquemas periódicos de consumo de tratamiento crónicos que mantienen, la disminución de peso como parte del proceso de la cirugía evitando re ganancia del mismo.
- La aplicación del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” mantiene igual las actitudes hacia el autocuidado frente al acercamiento a la familia de los pacientes asumiendo positivamente el apoyo familiar, e integrarse para el logro de sus metas personales.

## **RECOMENDACIONES**

A los profesionales enfermeros, considerar este estudio como punto de partida para realizar otras investigaciones, de seguimiento y control a nuevos pacientes que serán intervenido quirúrgicamente de Cirugía Bariátrica.

- Contribuir para mantener actitudes favorables frente al autocuidado de Pacientes de Cirugía Bariátrica.
- Realizar intervenciones educativas Informativas en la etapa pre-post operatoria a Pacientes de Cirugía de Cirugía Bariátrica



- Promover actitudes frente al autocuidado que favorezcan el éxito de la intervención quirúrgica con el apoyo familiar.
- Continuar con el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” incluyendo sesiones con las dimensiones propuestas.
- Crear espacios para que el grupo de pacientes manifieste sus actitudes hacia el autocuidado en diversos escenarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Cordero R García (2011). Obesity Surgery Poly Parametric: Patatient: Autoevaluación. *Obesity Surg*; 445-447.
- Wardle J. Williamsons. Jhonson, Edwards .C. (2006). Depresión in Adolescent Obesity: Cultural Moerators of The Asociation between Obesity and deprsive. *Int lobes*; 30-634-643
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Perspectivas en la lucha contra la obesidad como problema de Salud Pública <http://www.who.int/media centre/factsheets/fs311.es>.
- Raúl Gonzales FAO 2016 OPS ley 130021 Plan de acción para la prevención de la Obesidad en la Niñez.
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud (2015). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe Técnico, Estado Nutricional en el Perú por etapas de vida Lima.
- Vicente Sánchez B Garcí K Gonzales Hermida A (2016)
- Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. *Revista Fiwlay* 20p. [Http/ nw .reufirmaly .sld.cu /](http://nw.reufirmaly.sld.cu/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Informe sobre la salud del mundo. Reducir los riesgos y promover una vida saludable Editor Wold Halth Organizatation
- Raile Alligood M.Barcelona (2015).Modelos y Teorías en Enfermería 8va Edición.
- Tárraga M. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 30(4), 741-748. Doi:10.3305/nh.2014.30.4.7704

- E Arrebola Vivas. (2013) Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutrición Hospitalaria*. 28(1), 137-141. doi:10.3305/nh.2013.28.1.6012
- Peredo et al. (2005). Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Revista Médica*. 43 (2), 125-129
- Rondán, N. (2016). Efectividad del Programa Educativo "Vida Saludable" en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. (Tesis de Maestría). Universidad de Santa, Chimbote, Perú.  
Recuperado de [repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2876/42878.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2876/42878.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gutiérrez, S. (2012). Efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el nivel de conocimientos y actitudes la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa "Peruano Suizo", Comas 2011. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional mayor de san Marcos, Lima, Perú.  
Recuperado de [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3258/Gutierrez\\_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3258/Gutierrez_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Barreto y Fermín (2004) Participación del Profesional de Enfermería en la promoción de estilos de vida saludables Venezuela (citada el 1 de abril del 2011) <http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermeria-profesional-enfermeria.shtml>.
- Novel (2000) .Estilos de vida y prácticas de autocuidado <https://www.monografias.com/trabajos96/estilos-de-vida-y-practicas-autocuidado>.

Marriner A., Raile M. (2011). Modelos y teorías en enfermería. España. Editorial Elsevier.

Balducci S.Leonetti.Di Mario U,Falluca F(2004).Ejercicio Físico en problemática asociada a obesidad:Diabetes Hipertensión y tto pre-post operatorio bariátrico.pag 351-358.

Doris Alvarez-Dongo,José Sanchez Abanto-Guillermo Gomez-Guizado (20092010) .Sobrepeso y obesidad:Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la Población Peruana.

Acharya SD E. (2009). Patient Performance and adherencia. (151-60).

JJ Sánchez-Cruz (2013). Prevalencia de Obesidad Infantil y juvenil en España 2012. Revista Española.

M.Lerna.NP Sofia.GC Alvarez-Gordillo.(2016).Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas Chiapa

Julian Perez Porto. (2008). Factores que influyen en el Sobrepeso en estudiantes.<https://educación profesional >201812>investigación sobrepeso>.

García–Laguna.Dayana, Gabriela;García, Salamanca,Ginna Paola;Tapiero. (2012) Revista hacia la Promoción de la Salud.

Gonzales Oviedo. (2008).Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles de estudiantes de Medicina de la carrera de Medicina Universidad de Carabobo. España

M .José Rodrigo ,M Luisa Márquez (2004).Relaciones Padres –Hijos y Estilos de Vida.España.Pag 203-210.

D Loayza .Sánchez (2017)Estilos de Vida y Estado Nutricional en los Estudiantes de la Institución Educativa Huancavelica. Perú.

Gonzalo Lopez.Bernardo :Almerich Cerveró Jimenez Rodriguez. Actitudes ante el aprendizaje en estudiantes Universitarios excelentes y estudiantes medios (2011).

G Morales. (1999). *Psicología Social*. Madrid, España. Mc Graw Hill.

Pág.195

Jaime García Sanchez,José Ricardo Aguilera T ,Ricardo Aguilera(2011).Guía Técnica para la construcción de escalas de actitud .México.

Daniel Dother S. Obrien K.S (2010) a Review of Published Studies Obesity pages 3,47-58.

Hernández Martínez. (2010) Modelo de Creencias de Salud y Obesidad.

México. L Rubio (2014) Psicología de la Obesidad España.

Patricia Sánchez (2017) Teoría del Aprendizaje Social Implicancias educativas.

Alejandra Alonso (2012) El modelo de Prochaska y Diclemente España.

G Aristizabal (2010 ) Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender una reflexión en torno a su comprensión.

Ramos N. (2016) Ley de Promoción de la Alimentación saludable para los niños y niñas adolescentes. Sustento desde el enfoque de la Salud Pública. Boletín Epidemiológico, (390-392)

Escobar-Córdova F, Eslava Schmalbach. (2005). Validación al índice de calidad del sueño del 150-5

Jiménez I., (2014). Obesidad y Estilos de Vida Cátedra en Medicina Familiar Universidad de Buenos Aires.

.Barrial Martínez A La Educación Alimentaria y Nutricional desde una dimensión socio cultural, contribución de la seguridad

BALTAZAR C, Perez N Bou R Bengochea M . (2004). Clinical Hepatic impairment. After the duodenal Swith. Ober Srg.

Buchwald H. A Bariatric Surgery Algorithm. Obesity Surgery 2003; 12: 733-746. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1 , Oxford: Update Software.

Drenick EJ, Bale GS, Seltzer F, et al. (1980). Excessive mortality and causes of death in morbidity obese meno JAMA; 243: 443-445.

Kushner R. (2000). Managing the obese patient after bariatric surgery: a case report of severe malnutrition and review of the literature. JPEN; 24: 126132.

MacDonald KG (2003). Overview of the epidemiology of obesity and the early history of procedures to remedy morbid obesity. Arch Surg; 138: 357-360.

Pajuelo (1997). La Obesidad en el Perú. Ed Neva perspectiva.

RAICH Rosa María "Una perspectiva desde la Psicología de la salud de la imagen corporal" Avances en la Psicología Latinoamericana, Vol. 22 fundación para el avance de la psicología Bogotá Colombia.

Sjostrom CD, Lissner L, Wedel H, Sjostrom L. (1999) Reduction in Incidence of Diabetes, Hypertension and Lipid Disturbances after Intentional Weight Loss Induced by Bariatric Surgery: the SOS Intervention Study. Obes Res. 7 (5): 477-484.

Sugerman M T Bever, wh, shifjmen M letal A. ( 1 9 9 5 ) . Multicenter, placebo controlled, randmired Weight loss, In Iser.

Torgerson JS, Sjostrom L. The Swedish Obese Subjects (SOS) study- rationale and results. Int J Obes 2001; 25 (Suppl 1): S2- S4.

WHO. Obesity. Preventing and management the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1997.

Zubiate M sobrepeso, obesidad y condiciones Comórbidas en el Perú. En Obesidad un desafío para América Latina.

Ovalle JF. Educación base primordial del tratamiento. Rev Med IMSS; Vol. 3 (41):

18-20.

Castillo A. Espectro terapéutico de la diabetes. Rev Med IMSS; Vol.5 (32):913.

Amutio, A., Apodaca, P., Arias, A., Basabe, N., Caballero, A., Campos, M...& Zubieta, E. (2003). *Psicología social y cultura*. Recuperado de: [www.researchgate.net/profile/Dario\\_Paez/publication/285580199\\_Psicologia\\_Social\\_Cultura\\_y\\_Educacion\\_Libro\\_descatalogado\\_2014/links/565f878708ae1ef929855c68.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/285580199_Psicologia_Social_Cultura_y_Educacion_Libro_descatalogado_2014/links/565f878708ae1ef929855c68.pdf)

Morales. (1999). *Psicología Social*. Madrid, España. Mc Graw Hill. Pág.195

Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES. (2011). *Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 2. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales*. Recuperado de [cardiosalud.org/files/documents/habitos\\_tomo\\_ii.pdf](http://cardiosalud.org/files/documents/habitos_tomo_ii.pdf)

Sánchez G. (2011) Orem aproximación a su teoría. Rol de enfermería; 22 (4): 309-11.

# ANEXOS

## ÍNDICE DE ANEXOS

|   | Anexo   | Pág. |
|---|---|------|
| A | Matriz de consistencia                        | 71   |
| B | Instrumentos de investigación                 | 73   |
| C | Consentimiento Informado                      | 75   |
| D | Validez de los instrumentos: Matriz de Jueces | 76   |



expertos y tabla binomial

|   |  |   |    |
|---|--|---|----|
| E | Confiabilidad del instrumento              | 77                                      |    |
| F | Características sociodemográficas          | 78                                      |    |
| G | Variable independiente: Programa Educativo | 84                                      |    |
|   | J1   | Matriz de datos Excel: Antes            | 96 |
|   | J2   | Matriz de datos Excel : Después         | 97 |
|   | K  | Distribución de Dimensiones y Reactivos | 98 |

## ANEXO A

### Matriz de consistencia

| PROBLEMA   | OBJETIVO GENERAL   | HIPOTESIS GENERAL   | VARIABLES   | DIMENSIONES   | INDICADORES  | REACTIVO | VALOR FINAL   |
|--|--|---|---|---|--|----------|---|
| ¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM?                        | Determinar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM      | El Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” es efectivo en el cambio de actitudes hacia el autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica                                | <b>Variable independiente:</b><br><br>Programa Educativo “Nueva Imagen” | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta</li> <li>• Actividad Física</li> <li>• Controles periódicos</li> <li>• Cumplimiento de tratamiento</li> <li>• Acercamiento a la familia</li> </ul> | <b>Volumen</b> -Frecuencia suplemento<br>Disposición<br>Sueño<br>Citas médicas asistencia a círculos de apoyo<br>Tratamiento farmacológico<br>Disminución de peso<br>Comunicación Social<br>Participación de la familia<br>Expresiones de afecto |          |   |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS  | OBJETIVOS ESPECIFICOS  | HIPOTESIS ESPECIFICOS   | Variable dependiente:   |   |  |          |   |
| 1 ¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud frente a la dieta como parte del autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM? | 1. Identificar la efectividad del programa Educativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en la dieta, Pacientes de Cirugía Bariátrica del”, HNERM | 1 Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud Favorable hacia el autocuidado frente a la dieta luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” | Actitud frente al autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica        | Dieta   | Volumen  | 1        | MD muy de acuerdo   |
|  |  |   |   |   | Frecuencia   | 2        | DA de acuerdo   |
|  |  |   |   |   | Suplemento   | 3-10     | ED en desacuerdo<br><br>MA muy de acuerdo<br><br>I indeciso |
| 2 ¿Cuál es la efectividad el programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud   | 2 Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes  | 2. Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud Favorable hacia el autocuidado frente al  |   | Actividad Física  | Disposición para Realizar ejercicio  | 4-5      |   |

|   |   |  |  |                              |   |   |                   |
|---|---|--|--|------------------------------|---|---|-------------------|
| frente a la actividad física como parte del autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HERM   | hacia el autocuidado en la actividad física a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM   | cumplimiento de la actividad física luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”  |  |                              | Sueño   | 6-7   |                   |
| 3¿Cuál es la efectividad el programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud frente a los controles periódicos como parte del autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HERM      | 3. Identificar la efectividad del Programa Educativo informativo “Nueva Imagen” “ en las actitudes hacia el autocuidado en los controles periódicos a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM       | 3 Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tiene <b>ACTITUD FAVORABLE</b> hacia el autocuidado frente al cumplimiento de los <b>controles periódicos</b> luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”. |  | Controles Periódicos         | Citas médicas<br><br>Asistencia a círculos de apoyo                                 | 21<br>22<br><br>11<br>24                          | D 4-12 F<br>13-20 |
| 4 ¿Cuál es la efectividad el programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud frente al cumplimiento de tratamiento como parte del autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HERM | 4. Identificar la efectividad del Programa Educativo informativo “Nueva Imagen” “ en las actitudes hacia el autocuidado en el cumplimiento de tratamiento a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM | 4,Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud Favorable hacia el autocuidado frente al cumplimiento de tratamiento luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”                            |  | Cumplimiento del tratamiento | Tratamiento Farmacológico<br><br>Disminución de Peso                                | 9-12<br><br>13                                    |                   |
| 5 ¿Cuál es la efectividad el programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en la actitud frente al acercamiento de la familia como parte del autocuidado en Pacientes de Cirugía Bariátrica del HERM  | 5. Identificar la efectividad del Programa Educativo informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en el acercamiento a la familia a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM     | 5.-. Los Pacientes de Cirugía Bariátrica tienen actitud Favorable hacia el autocuidado frente al acercamiento a la Familia luego de participar en el Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen”                           |  | Acercamiento a la familia    | Comunicación Social<br><br>Participación de la familia<br><br>Expresiones de afecto | 20<br>17<br>18<br>8<br>14<br>15<br>16<br>20<br>23 |                   |



**Anexo B**  
**Instrumento Cuestionario de Actitud con**  
**escala tipo LIKERT**

**I. Presentación:**

Reciba mi cordial saludo, mi nombre es Cecilia Levano, Licenciada en enfermería, estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar las actitudes de los Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM en el año 2018.

Con la seguridad que sus respuestas y datos que proporcione serán debidamente cautelados bajo el principio de confidencialidad, solicito a usted responder todas las preguntas del presente cuestionario.

**II. Datos generales:**

**Edad:**                                      **Sexo:**                                      **Ocupación:**  
**Grado de instrucción:**

**III. Instrucciones:**

A continuación, se presentan una serie de ítems con cinco alternativas de respuesta, las cuales se muestran de la siguiente forma:

(MD) Muy en Desacuerdo                      (ED) En desacuerdo                      (I) Indeciso  
(DA) De acuerdo                                      (MA) Muy de acuerdo

Elige para cada ítem solo una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente.

**IV. Datos específicos:**

| Nº | ÍTEM  | MD | ED | I | DA | MA |
|----|---|----|----|---|----|----|
| 1  | Cumplir con el volumen de dieta es importante para reganar peso             |    |    |   |    |    |
| 2  | Cumplir con la frecuencia indicada de dieta permitirá evitar complicaciones |    |    |   |    |    |
| 3  | Mantener la ingesta de vitaminas es importante para mí estado Nutricional.  |    |    |   |    |    |
| 4  | A mí no me agrada realizar ejercicios de aeróbicos                          |    |    |   |    |    |
| 5  | A mí me agrada realizar aeróbicos   |    |    |   |    |    |
| 6  | La referencia es que dormir en exceso es perjudicial                        |    |    |   |    |    |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 7 | Consumir medicamentos para dormir no interfiere en mi recuperación |  |  |  |  |  |
| 8 | El apoyo de mi familia favorece en mi recuperación                 |  |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 9  | El estricto cumplimiento de las indicaciones médicas contribuye al éxito de mi tratamiento              |  |  |  |  |  |
| 10 | Siento que parte de mi vida está ligada al consumo de dieta y vitaminas                                 |  |  |  |  |  |
| 11 | Asistir a los círculos de apoyo a la salud permite que me integre con los demás                         |  |  |  |  |  |
| 12 | Aceptar el proceso de recuperación es parte de mi cirugía   |  |  |  |  |  |
| 13 | Mi disminución de peso es parte del proceso de mi cirugía   |  |  |  |  |  |
| 14 | Me esfuerzo para que me acepte mi familia con mi nueva imagen   |  |  |  |  |  |
| 15 | Mi nueva imagen crea preocupación en mi familia   |  |  |  |  |  |
| 16 | Asumo mi tratamiento positivamente con apoyo de mi entorno familiar                                     |  |  |  |  |  |
| 17 | Me incorporo a grupos sociales con facilidad  |  |  |  |  |  |
| 18 | Mi nueva imagen ayudara para el logro de mis metas personales.  |  |  |  |  |  |
| 19 | Mis logros personales harán que triunfe en la vida a pesar de la cirugía                                |  |  |  |  |  |
| 20 | Mi familia me apoyara si yo le cuento todos mis problemas   |  |  |  |  |  |
| 21 | Sé que es importante el control periódico para garantizar el éxito del tratamiento                      |  |  |  |  |  |
| 22 | Debo programar mi evaluación médica cada vez que me requieren   |  |  |  |  |  |
| 23 | Me integrare a mi nuevo estilo de vida sin recordar el pasado   |  |  |  |  |  |
| 24 | Participar en los círculos de apoyo lograre apoyar a otros que no están convencidos con el tratamiento. |  |  |  |  |  |

Gracias.

## **Anexo C**

### **Consentimiento informado**

Yo, \_\_\_\_\_ he conversado con la investigadora y logré hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances. Estoy de acuerdo en participar de la investigación, entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento. Estoy de acuerdo en permitir que la información sea publicada y que pueda conocer mis resultados. Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
DNI N°

## **Anexo D**

### **Validez del instrumento**

| <b>PRUEBA BINOMIAL</b> |                  |   |   |   |   |   |   |   |          |
|------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| <b>ITEMS</b>           | <b>Nro. JUEZ</b> |   |   |   |   |   |   |   | <b>P</b> |
|                        | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |          |
| 1                      | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004    |
| 2                      | 1                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004    |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0.059 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0.008 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | 4     |

**P**

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| > 0.05 | CONCORDANCIA NO SIGNIFICATIVA |
| < 0.05 | CONCORDANCIA POSITIVA         |

#### CONCLUSION:

Al ser P hallado de 0.0084, o sea  $< 0.05$  la concordancia es positiva en la prueba binomial para Jueces de expertos



## Anexo E

### Confiabilidad del instrumento

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( \frac{\sum_{i=1}^K \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

#### Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .815             | 24             |

D1

#### Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .587             | 4              |

D2

#### Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .239             | 4              |

D3

#### Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .673             | 4              |

D4

#### Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .598             | 5              |

D5

#### Estadísticas de fiabilidad

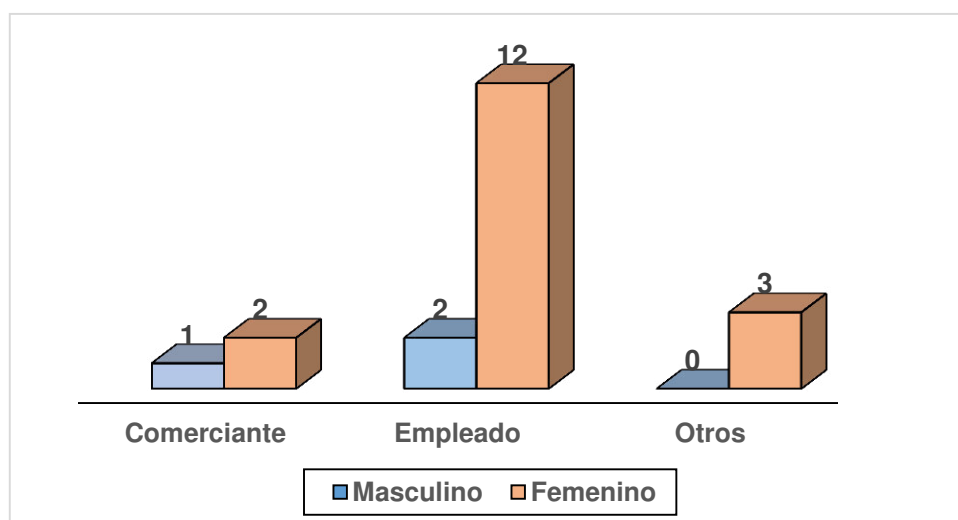
|                  |                |
|------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| .672             | 9              |

## ANEXO F

### ***CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS***

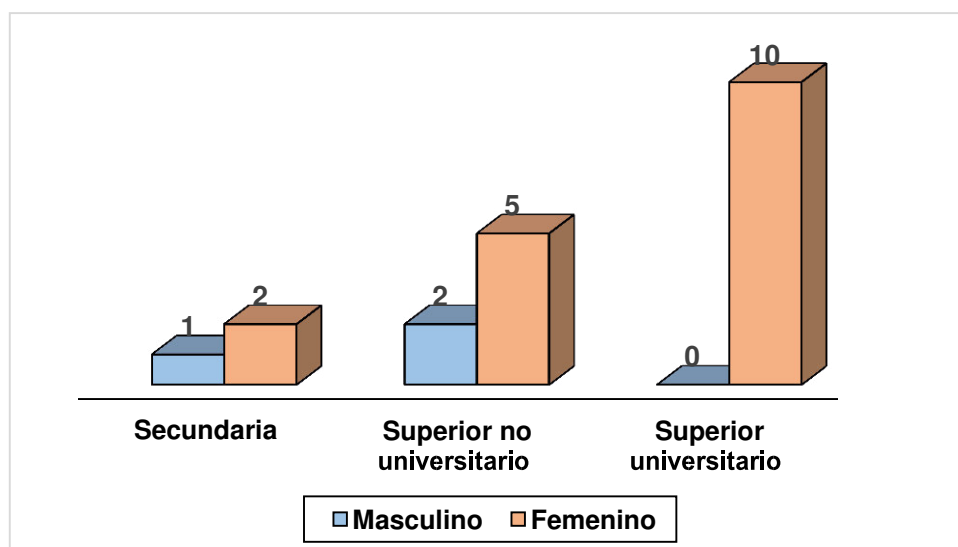
**Gráfico 1**

**Distribución de pacientes con obesidad mórbida según sexo y ocupación del Circulo de Apoyo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



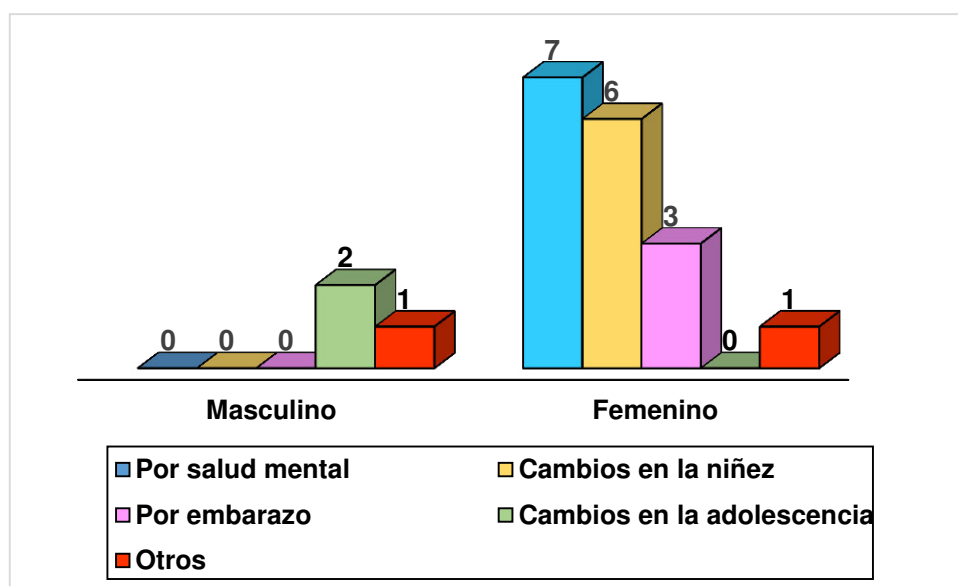
**Gráfico 2**

**Distribución de pacientes con obesidad mórbida según sexo y nivel de instrucción del Circulo de Apoyo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



**Gráfico 3**

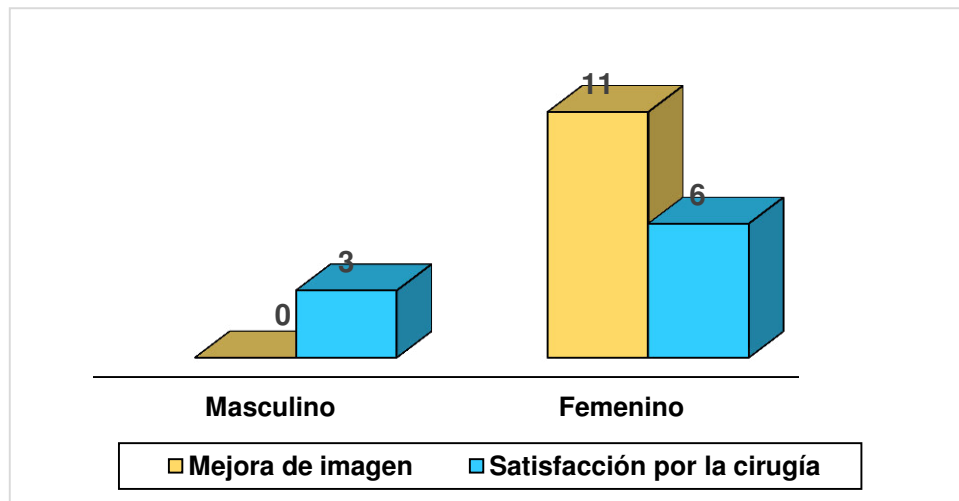
**Distribución de pacientes con obesidad mórbida según sexo y motivo de inicio de la obesidad, del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



Conforme al grafico 3, la mayoría (66.67%) de pacientes de sexo masculino manifiesta que el inicio de la obesidad ocurrió durante los cambios de la adolescencia; y la mayoría de las pacientes de sexo femenino (41.18%) indican que el inicio de la obesidad fue por problemas de salud mental.

**Gráfico 4**

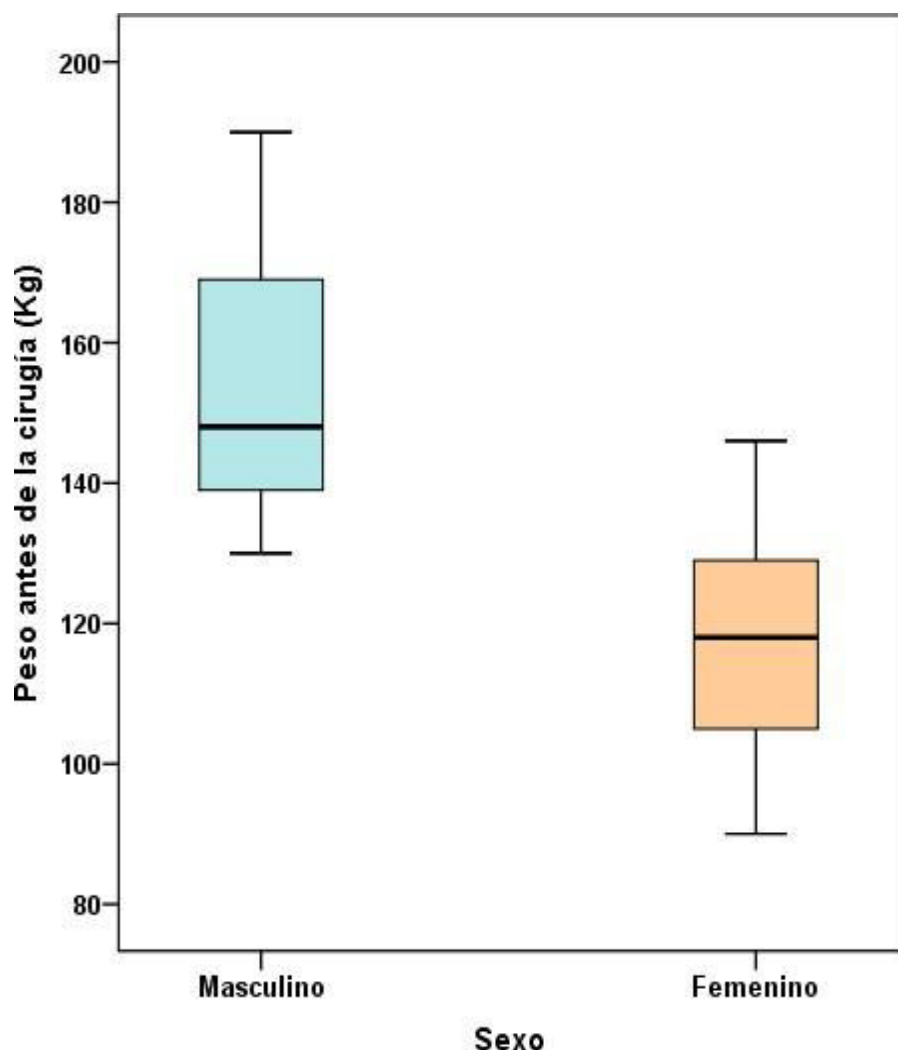
**Distribución de pacientes con obesidad mórbida según sexo y percepción del efecto post-operatorio, del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



Todos los pacientes de sexo masculino expresan satisfacción por la cirugía y la mayoría de los pacientes de sexo femenino (64.71%) indican que perciben mejora de imagen, ver gráfico 4.

**Gráfico 5**

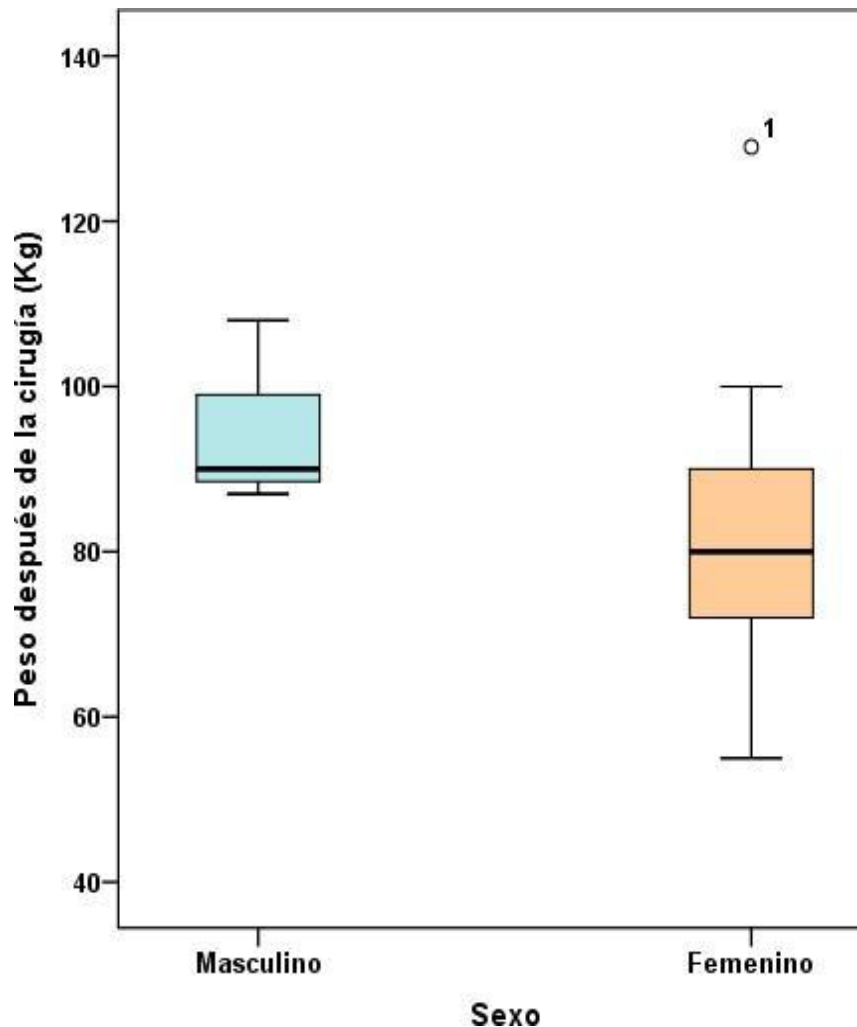
**Distribución del peso (kg) antes de la cirugía según sexo de pacientes del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



En el gráfico 5 se comparan los pesos antes de la cirugía entre ambos sexos, existen diferencias de pesos entre ambos sexos la mediana del peso de varones es 148 kg. y de mujeres 118 kg., para ambos sexos las dispersiones del peso respecto a su mediana son distintos y no son simétricos los pesos para ambos sexos.

**Gráfico 6**

**Distribución del peso (kg) después de la cirugía según sexo de pacientes del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” del HERM, Lima 2018**



En el grafico 6 se comparan los pesos después de la cirugía entre ambos sexos, existen diferencia de pesos entre ambos sexos, la mediana del peso de varones es 90 kg. y de mujeres 80 kg., a pesar de que hay un descenso apreciable de peso después de la cirugía se observa que la paciente 1 tiene mayor peso en comparación del resto de pacientes de sexo femenino. Para ambos sexos las dispersiones del peso respecto a su mediana son distintos y no son simétricos los pesos para ambos sexos

#### CUADRO 7

##### Características cuantitativas de pacientes según sexo

| Variable                         | Sexo      | Media  | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|----------------------------------|-----------|--------|---------------------|--------|--------|
| Edad (años cumplidos)            | Masculino | 49.67  | 10.26               | 41.00  | 61.00  |
|                                  | Femenino  | 49.76  | 9.62                | 32.00  | 68.00  |
| Talla (m)                        | Masculino | 1.75   | 0.05                | 1.70   | 1.80   |
|                                  | Femenino  | 1.63   | 0.08                | 1.50   | 1.80   |
| Tiempo de Obesidad (años)        | Masculino | 18.00  | 7.21                | 10.00  | 24.00  |
|                                  | Femenino  | 18.06  | 7.15                | 5.00   | 30.00  |
| Peso antes de operación (Kg)     | Masculino | 156.00 | 30.80               | 130.00 | 190.00 |
|                                  | Femenino  | 116.94 | 17.14               | 90.00  | 146.00 |
| Peso después de operación (Kg)   | Masculino | 95.00  | 11.36               | 87.00  | 108.00 |
|                                  | Femenino  | 81.94  | 17.34               | 55.00  | 129.00 |
| Tiempo desde la operación (años) | Masculino | 4.67   | 1.16                | 4.00   | 6.00   |
|                                  | Femenino  | 4.47   | 1.91                | 1.00   | 6.00   |

Masculino n=3

Femenino n=17

Se observa en el cuadro 7 que la edad promedio (años cumplidos) de los pacientes de ambos sexos son parecidos. la talla promedio (m) de pacientes varones es mayor que las mujeres, el tiempo promedio de obesidad (años) antes de la cirugía son similares para pacientes de ambos sexos. Los promedios del tiempo después de la operación son similares para ambos sexos.

## **Anexo G Programa educativo “NUEVA IMAGEN”**

### **I. PRESENTACIÓN**

La obesidad es el problema nutricional más frecuente en el mundo occidental, constituyendo hoy día un aspecto prioritario para la Salud Pública, las prevalencias estimadas para la obesidad y el sobrepeso dan una idea del excepcional problema que supone la sobrecarga ponderal y que lo sitúan como absolutamente prioritario para la Salud Pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 1.000 millones de personas en el mundo padecen exceso de peso, y de ellas 300 millones son obesas.

No es fácil estimar con precisión las muertes atribuibles a la obesidad, el sedentarismo o los hábitos alimentarios incorrectos, si bien el peso es una característica fácilmente medible, a nivel conceptual el cálculo de la fracción de mortalidad atribuible a la obesidad requiere muchos supuestos. Este aumento de la prevalencia indica más bien que son la conducta y los cambios en el estilo de vida los que están causando un desequilibrio entre la ingesta de calorías y la energía consumida mediante el metabolismo y la actividad física.

Las consecuencias sobre la salud, la economía y los aspectos psicosociales producidas por el incremento de la incidencia de obesidad son de una envergadura extraordinaria. La obesidad está asociada con numerosas complicaciones médicas, que van desde situaciones de deterioro corporal como la artrosis, hasta vivir con la amenaza de las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, y ciertos tipos de cánceres. Las consecuencias psicosociales derivadas de la obesidad pueden oscilar entre la disminución de la autoestima hasta la depresión clínica.

La prevención de esta enfermedad que aqueja al País desde la infancia y la adultez ocasiona ciertas limitaciones por lo que se debe prevenir con educación permanente elección de una dieta, rutina de ejercicios, controles periódicos, suplementos nutricionales vitamínicos y el apoyo de la familia.

El Propósito de este Programa será el de brindar Información y lograr que las actitudes frente a este nuevo tratamiento sean aceptables en su nueva imagen



## II. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

2.1.-Ámbito de Intervención: Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Servicio 3ero B Cirugía

2.2.-Duración del Programa: 30 días

2.3.-Población Beneficiada: Pacientes con obesidad

## III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en la **dieta** a pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en la **Actividad Física** a pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva Imagen” en las actitudes hacia el autocuidado de los **Controles Periódicos** a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” en las actitudes hacia el autocuidado del cumplimiento del tratamiento a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.
- Identificar la efectividad del Programa Educativo Informativo “Nueva imagen” en las actitudes hacia el autocuidado en el **acercamiento de la familia** a Pacientes de Cirugía Bariátrica del HNERM.

## IV. METODOLOGIA

### 3.1 Evaluación

A. Evaluación Pre Test

B. Educación Sesión 1

Sesión 2

C. Refuerzo o Retroalimentación

D. Evaluación Post Test

### 3.2 Métodos y Técnicas Educativas

- Exposición
- Conversatorio en base a testimonios de vida.
- Lluvia de ideas

### 3.3 Métodos y Materiales Educativos

- Multimedia (PC+ DATA)
- Lecturas seleccionadas
- Tríptico

## **V. RECURSOS HUMANOS**

- Enfermera
- Asistente Social

## **VI. EVALUACIÓN**

- Pre Test
- Post Test

## **CRONOGRAMA**

| FECHA     | TEMA   | TECNICA             | METODOLOGIA              | RECURSOS   | RESPONSABLE   |
|-----------|--|---------------------|--------------------------|--|---------------|
| 5/09/2018 | I ETAPA<br>PRE-TEST<br>II ETAPA EDUCAC   | TEST                | Expositiva Participativa | Enfermera  | Investigadora |
|           | Sesión 1<br>DIETA Volumen<br>Tipos<br>Frecuencia<br>Suplementos  | Sesión Educativa    | Exposición Participativa | Humanos<br>Investigador<br>Materiales<br>Proyector multimedia<br>Tripticos | Investigadora |
|           | Sesión 2<br>ACTIVIDAD FISICA<br>Duración<br>Tipo<br>Reposo y sueño   | Sesión Educativa    | Exposición Participativa | Humanos<br>Personal<br>Materiales<br>Proyector                             | Investigadora |
|           | Sesión 3<br>CONTROLES PERIODICOS<br>Citas Médicas<br>Asistencia a círculos de apoyo  | Sesión Educativa    | Participativa            | Humanos<br>Personal<br>Materiales<br>Proyector                             | Investigadora |
|           | II ETAPA<br>Sesión 4:<br>CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO<br>Tratamiento Farmacológico Adherencia al<br>Tratamiento<br>ACERCAMIENTO A LA FAMILIA<br>Comunicación Participación de actividades<br>Con la familia<br>Expresiones de afecto | II Sesión Educativa | Expositiva Participativa | Humanos<br>Personal<br>Materiales<br>Proyector                             |               |
|           | III ETAPA<br>EXPERIENCIAS EXITOSAS   | Demostrativa        | Testimonios de vida      |  |               |
|           | LECTURAS SELECCIONADAS   | Expositiva          | Lluvia de ideas          |  |               |
|           | REEVALUACION   | Participativa       | Preguntas y repreguntas  |  |               |
|           | IV ETAPA<br>POST TEST  | TEST                |                          |  |               |

## SESIÓN 1

### REGIMEN DIETETICO

#### II. DATOS GENERALES

**2.1 Dirigido a:** Pacientes con Obesidad candidatos a Cirugía Bariátrica

**2.2 Lugar:** Auditorio N5 del HNERM

**2.3 Duración:** 30 días **2.4 Responsable:** Investigador **2.5 Tema:** La dieta

**2.6 temas específicos:**

- Volumen
- Tipo
- Frecuencia
- Suplementos

#### III. METODOLOGÍA

**3.1. Métodos y técnicas:**

- Exposición
- Conversatorio
- Lluvia de ideas

**3.2. Medios y materiales:**

- Exposición
- Tríptico.

#### IV. EVALUACIÓN:

#### V. CONTENIDO:

##### DEFINICIÓN

Existen infinidades de dieta para bajar de peso pero esa en cada paciente lo realiza, una de ellas es la dieta mediterránea que consiste en el uso de aceite de oliva como principal fuente de grasa, con un alto cociente entre grasas mono insaturadas/saturadas, el consumo abundante de frutas variadas y frescas como

## **I. TITULO:**

postre principal, la importante presencia de cereales, verduras, legumbres y frutos secos, un moderado pero habitual consumo de vino tinto en las comidas, un consumo reducido de carne (preferentemente aves de corral) y un consumo relativamente bajo de productos lácteos, principalmente en forma de queso y yogur, añadir el consumo frecuente de pescado.

La meta de la primera semana de la Cirugía Bariátrica es tomar al menos 64 onzas de líquido y 60 a 120 gr de proteína, limite cada comida a 1/4.

De taza o 4 cucharadas rasas claras en forma lenta. Líquidos completos sopas, caldos, leche, libres de azúcar La siguiente semana podrá introducir purés en forma de papilla de bebe y en forma lenta, se podrá complementar con licuados de proteínas. Después de 4 o 5 semanas podrá introducir alimentos blandos desmenuzados, sin piel ni grasa se puede incluir frutas cocidas sin cáscara. Después de la 5ta semana podrá ingerir alimentos picados muy finamente proteínas vegetales y frutas, pollo o pescado, suplementos vitamina D y vitamina B12.

## **SESIÓN 2**

### **ACTIVIDAD FISICA II.**

#### **DATOS GENERALES**

**2.1 Dirigido a:** Pacientes con Obesidad candidatos a Cirugía Bariátrica

**2.2 Lugar:** Auditorio N5 del HNERM

**2.3 Duración:** 30 días **2.4 Responsable:** Investigador

**2.5 Tema:** Actividad Física

**2.6 temas específicos:**

- Duración
- Tipo
- Reposos y sueño

## **III. METODOLOGÍA**

**3.1. Métodos y técnicas:**

- Exposición
- Conversatorio
- Lluvia de ideas

### **3.2. Medios y materiales:**

- Exposición
- Tríptico.

## **IV. EVALUACIÓN: V. CONTENIDO:**

### **ACTIVIDAD FISICA**

Actualmente, se cree que lo ideal es combinación de ejercicio aeróbico y anaeróbico en la misma sesión o en distintos días, siempre precedidos de calentamiento y flexibilidad, para terminar con flexibilidad.

Los beneficios del EF se obtendrán desde la realización de ejercicio de baja intensidad un mínimo de 30-40 minutos 5 días a la semana, aunque la mejora de la capacidad aeróbica y especialmente la quema de grasa requeriría 40 minutos de ejercicio de intensidad moderada. Por otra parte, los ejercicios de musculación, aeróbicos, han demostrado ser eficaces también, no solo para aumentar masa magra, pero también se ha visto que dan lugar a utilización de ácidos grasos provenientes del tejido adiposo en la fase de post ejercicio, la rutina de ejercicios debe mantenerse por 21 días poco a poco por un tiempo de 15 minutos previo calentamiento de 10.

Otra rutina es la natación estiramientos, sentadillas y levantamiento de pesas después de la prescripción médica de realizarlo

### **REPOSO Y SUEÑO**

-Un buen rato antes de irse a la cama, apagar los aparatos electrónicos (TV, móvil, Tablet, ordenador...) y tener la habitación libre de éstos.

-No trabajar ni realizar un gran esfuerzo físico y mental las dos horas antes de acostarse.

-Evitar cenas abundantes y de difícil digestión.

## **I. TITULO:**

-Evitar tomar sustancias estimulantes 6 horas antes de ir a la cama (café, cola...).

-Tener una rutina antes de dormir que nos facilite desconectar, cómo puede ser una ducha o baño, hacer yoga, escuchar música relajante, leer...

-Solo ir a la cama cuando se tiene sueño y para dormir, y en caso de no poder conciliarlo, salir de esta y realizar una actividad relajada (fuera de la habitación).

Si aún con estas reglas no se regula el sueño es importante tener paciencia y ser constantes en la realización de éstas para poder alcanzar un buen dormir, ya que descansar bien es clave tras la cirugía bariátrica.

## **SESIÓN 3**

### **CONTROLES PERIÓDICOS**

## **II. DATOS GENERALES**

**2.1 Dirigido a:** Pacientes con Obesidad candidatos a Cirugía Bariátrica

**2.2 Lugar:** Auditorio N5 del HNERM

**2.3 Duración:** 30 días

**2.4 Responsable:** Investigador **2.5 Tema:** Controles Periódicos

**2.6 temas específicos:**

- Citas médicas
- Asistencia a círculos de apoyo

## **III. METOLOGÍA**

**3.1. Métodos y técnicas:**

- Exposición
- Conversatorio
- Lluvia de ideas

**3.2. Medios y materiales:**

- Exposición
- Tríptico.

#### **IV. EVALUACIÓN: V. CONTENIDO:**

##### **APOYO A LARGO PLAZO**

La recuperación del paciente con obesidad que participen en los programas de apoyo puede ayudarle a dejar de comer y picotear dietas. Estos programas por lo regular ofrecen:

- Educación sobre la obesidad y sus efectos.
- Asesoría y terapia para analizar cómo controlar sus pensamientos y comportamientos.
- Cuidado de la salud física.

Para una mejor probabilidad de éxito, usted debe vivir con personas que apoyen sus esfuerzos para evitar recaídas

- Usted puede recibir control del tratamiento por los círculos de apoyo a la salud
- Usted puede asistir a un programa mientras vive en su casa (ambulatorio).

Este es un grupo conformado por pacientes que ya han sido sometidos a cirugía bariátrica, que se reúnen una vez al mes para compartir experiencias sobre su proceso de pérdida de peso, de adaptación a la cirugía y a los cambios que esta trae. Esto le permite al paciente recién operado entrar en contacto con otros pacientes que están en el mismo proceso, con el fin de compartir experiencias sobre su evolución después de la cirugía. Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro Hospital pueden tener acceso a estas reuniones.

A estas reuniones pueden asistir también personas obesas que están en el proceso de tomar una decisión sobre la cirugía bariátrica, de esta manera pueden conversar con otros pacientes ya operados, hacerles preguntas directamente y escuchar sus comentarios sobre la cirugía y su recuperación.

#### **SESIÓN 4**



## **I. TITULO:**

Cumplimiento del tratamiento

## **II. DATOS GENERALES**

**2.1 Dirigido a:** Pacientes con Obesidad candidatos a Cirugía Bariátrica

**2.2 Lugar:** Auditorio N5 del HNERM

**2.3 Duración:** 30 días

**2.4 Responsable:** Investigador **2.5**

**Tema:** Cumplimiento del tratamiento

**2.6 temas específicos:**

- Cumplimiento del tratamiento Farmacológico
- Adherencia al tratamiento

## **III. METODOLOGÍA**

**3.1. Métodos y técnicas:**

- Exposición
- Conversatorio
- Lluvia de ideas

**3.2. Medios y materiales:**

- Exposición
- Tríptico.
- Recursos humanos

## **IV. EVALUACIÓN: V.**

### **CONTENIDO:**

#### **Definición**

El cumplimiento del tratamiento debe ser una prioridad para evitar recaídas y complicaciones.

Deficiencia de Hierro, mala absorción de Vb12, encefalopatía de Wernicke

deficiencia de tiamina, mala absorción, hipoglicemias y/o hiperinsulinemia.

Todo tratamiento debe evitar deficiencia nutricional según la técnica Quirúrgica realizada.

Todo paciente debe conocer algunos síntomas de deficiencia diarrea, pérdida de peso, distensión abdominal, dolor y exceso de flatos.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Debe poner en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente, por el cumplimiento o incumplimiento es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos.

El cumplimiento encontramos que la definición de mayor el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas en el alta.

**Anexo J I**  
**Matriz de datos**

| UNIDAD | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | A13 | A14 | A15 | A16 | A17 | A18 | A19 | A20 | A21 | A22 | A23 | A24 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1      | 4  | 4  | 3  | 3  | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   |
| 2      | 4  | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 3      | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   |
| 4      | 5  | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   |
| 5      | 1  | 5  | 5  | 2  | 2  | 2  | 4  | 5  | 5  | 5   | 5   | 5   | 4   | 1   | 1   | 4   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   |
| 6      | 4  | 4  | 4  | 2  | 3  | 4  | 2  | 4  | 4  | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 7      | 5  | 5  | 5  | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   |
| 8      | 5  | 5  | 5  | 1  | 3  | 3  | 5  | 2  | 5  | 5   | 5   | 1   | 3   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 9      | 1  | 5  | 5  | 4  | 5  | 5  | 4  | 5  | 5  | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 3   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 4   | 5   |
| 10     | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 11     | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 2  | 2  | 5  | 5  | 4   | 5   | 5   | 4   | 2   | 3   | 3   | 4   | 5   | 4   | 4   | 5   | 5   | 4   | 4   |
| 12     | 5  | 2  | 4  | 5  | 1  | 4  | 3  | 5  | 5  | 4   | 5   | 5   | 5   | 2   | 2   | 5   | 5   | 5   | 2   | 5   | 5   | 4   | 4   | 5   |
| 13     | 1  | 5  | 4  | 3  | 5  | 5  | 1  | 5  | 5  | 3   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 3   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 14     | 5  | 5  | 5  | 2  | 4  | 4  | 3  | 5  | 5  | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 3   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 15     | 4  | 5  | 5  | 3  | 5  | 5  | 3  | 4  | 4  | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 3   | 5   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 16     | 1  | 2  | 3  | 3  | 4  | 2  | 2  | 2  | 3  | 1   | 3   | 3   | 1   | 1   | 1   | 3   | 3   | 3   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   |
| 17     | 4  | 4  | 5  | 4  | 3  | 4  | 1  | 5  | 4  | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 3   | 4   | 5   | 5   | 5   | 4   |
| 18     | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  | 2  | 5  | 5  | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   | 4   | 4   | 4   | 4   | 2   | 4   | 4   | 4   | 4   | 4   |
| 19     | 1  | 5  | 3  | 1  | 5  | 4  | 2  | 5  | 5  | 5   | 4   | 5   | 5   | 4   | 2   | 5   | 4   | 4   | 4   | 5   | 5   | 5   | 5   | 5   |
| 20     | 2  | 5  | 4  | 3  | 4  | 4  | 2  | 5  | 5  | 2   | 5   | 5   | 4   | 4   | 2   | 5   | 5   | 3   | 4   | 5   | 5   | 5   | 2   | 4   |





## Anexo k

DISTRIBUCION DE DIMENSIONES Y REACTIVOS DE LOS PACIENTES DE CIRUGIA BARIATICA DEL HERM.

| DIMENSIONES                              | REACTIVOS | ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO |        |           | DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO |        |           |
|--|-----------|------------------------------|--------|-----------|--------------------------------|--------|-----------|
|  |           | DESFAVORABLE                 | NEUTRO | FAVORABLE | DESFAVORABLE                   | NEUTRO | FAVORABLE |
|  |           | 1-2                          | 3      | 4-5       | 1-2                            | 3      | 4-5       |
| DIMENSIÓN<br>DIETA                       | 1         | 6                            | 1      | 13        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 2         | 2                            | 0      | 18        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 3         | 0                            | 3      | 17        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 10        | 2                            | 1      | 17        | 0                              | 0      | 20        |
| DIMENSIÓN<br>ACTIVIDA FISICA             | 4         | 5                            | 5      | 10        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 5         | 2                            | 4      | 14        | 1                              | 0      | 19        |
|  | 6         | 3                            | 2      | 15        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 7         | 8                            | 4      | 8         | 0                              | 0      | 20        |
| DIMENSIÓN<br>CONTROLES<br>PERIODICOS     | 11        | 0                            | 1      | 19        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 21        | 0                            | 0      | 20        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 22        | 0                            | 0      | 20        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 24        | 0                            | 0      | 20        | 0                              | 0      | 20        |
| DIMENSIÓN<br>CUMPLIMIENTO<br>TRATAMIENTO | 9         | 0                            | 1      | 19        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 10        | 2                            | 1      | 17        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 12        | 1                            | 1      | 18        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 13        | 1                            | 1      | 18        | 0                              | 0      | 20        |
| DIMENSIÓN<br>ACERCAMIENTO<br>FAMILIA     | 8         | 2                            | 0      | 18        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 10        | 4                            | 0      | 16        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 15        | 5                            | 4      | 11        | 0                              | 1      | 19        |
|  | 16        | 0                            | 2      | 18        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 17        | 0                            | 1      | 19        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 18        | 0                            | 3      | 17        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 19        | 2                            | 1      | 17        | 1                              | 0      | 19        |
|  | 20        | 0                            | 0      | 20        | 0                              | 0      | 20        |
|  | 23        | 1                            | 0      | 19        | 0                              | 0      | 20        |

